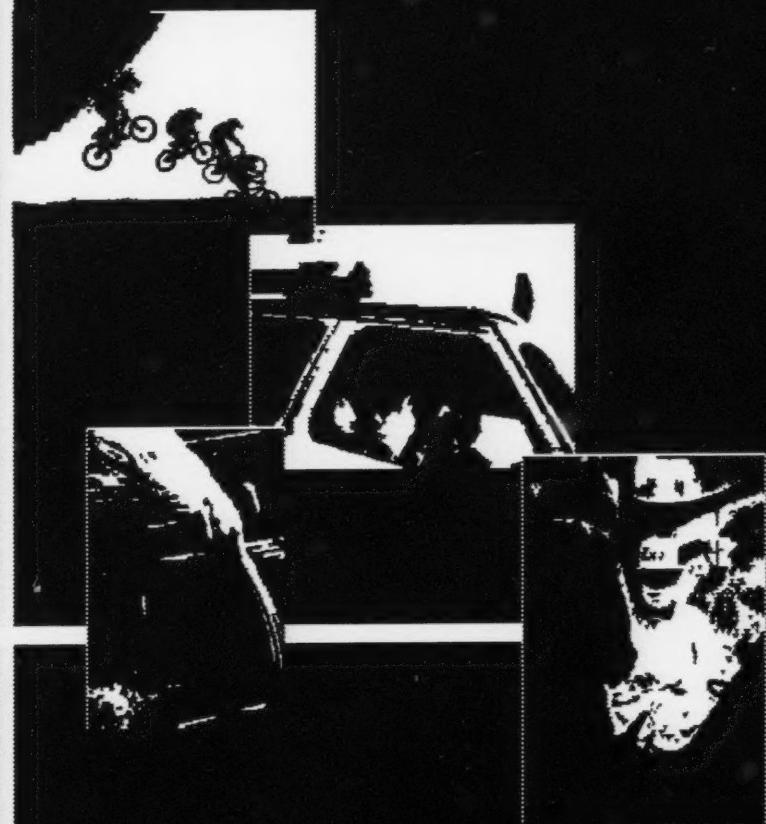


# PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE

Région des Laurentides

Cibles  
2005-2008



# **PLAN DIRECTEUR RÉGIONAL**

## **EN**

# **TRAUMATOLOGIE**

### **Région des Laurentides**



**Cibles  
2005-2008**

*Agence de la santé  
et des services sociaux  
des Laurentides*

**Québec** 

Ce document est disponible sur Internet au : [www.rsss15.gouv.qc.ca](http://www.rsss15.gouv.qc.ca)

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

**ISBN : 2-89547-101-0**

## **COORDINATION ET RÉDACTION**

Josée Gosselin, Agente de planification, de programmation et de recherche  
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières  
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

## **COLLABORATION SPÉCIALE**

Ce cadre directeur n'aurait pu voir le jour sans l'appui professionnel et la collaboration des personnes suivantes :

### **À la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières**

Monsieur René Lefebvre

### **À la Direction de santé publique**

Mesdames Huguette Crête, Brigitte Durand, Claire Jutras, Marie-Ève Morin et Monsieur François Lapointe

### **À la Direction des services sociaux, communautaires et de santé mentale**

Madame Marie-France Joly

### **À la Coordination des services préhospitaliers d'urgence**

Dre Colette Lachaîne

## **CONSULTATION**

### **Le comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides :**

Madame Micheline Vallières Joly, présidente-directrice générale

Madame Ginette Leblanc, directrice régionale d'organisation de services

Madame France Trépanier, directrice des services administratifs

Docteure Blandine Piquet-Gauthier, directrice de santé publique

Dr Jean-Claude Berlinguet, directeur régional des affaires médicales et hospitalières

### **Le comité régional de gestion**

Dr Pierre Gfeller, Directeur général du CSSS d'Antoine-Labelle

Monsieur Yves Lachapelle, Directeur général du CSSS Des Sommets

Monsieur Jocelyn Ouellet, Directeur général du CSSS d'Argenteuil

Madame Jacqueline Gagnon, Directrice générale du CSSS des Pays-d'en-Haut

Monsieur André Poirier, Directeur général du CSSS de Thérèse-de Blainville

Dre Christiane Arbour, Directrice générale du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

### **Les présidents des comités locaux des centres désignés en traumatologie**

### **La Commission régionale multidisciplinaire (CRM)**

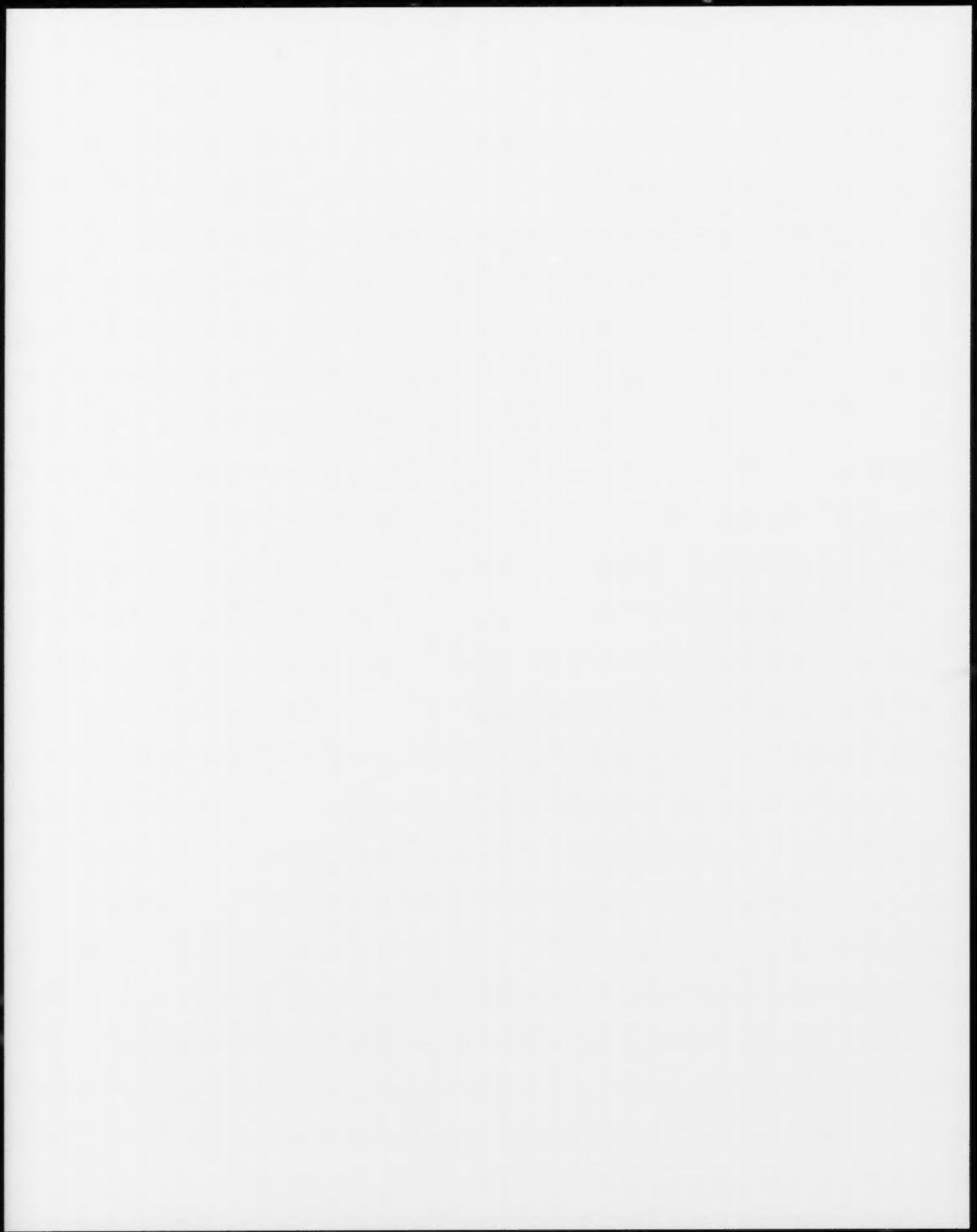
### **La Commission infirmière régionale (CIR)**

### **Le Département régional de médecine générale (DRMG)**

### **La Table des directeurs des services professionnels et des directeurs de programme (DSP-DP)**

## **RÉVISION DU TEXTE**

Madame Jocelyne Fortier-Sauvé, secrétaire administrative



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	1
INTRODUCTION .....	1
1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX .....	3
2. CIBLES D'ACTION ET D'AMÉLIORATION.....	5
3. LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE TRAUMATOLOGIE.....	7
3.1. LES MÉCANISMES D'ACCREDITATION EN TRAUMATOLOGIE .....	7
4. LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE DÉSIGNATION .....	9
4.1. LES CENTRES DE TRAITEMENT .....	9
4.2. LES CENTRES DE STABILISATION ET DE TRANSFERT .....	9
4.3. LE PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ DANS CHAQUE CENTRE DÉSIGNÉ DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS.....	10
5. DESCRIPTION DU RÉSEAU RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE.....	13
5.1 LES OBLIGATIONS RÉCIPROQUES ENTRE LES PARTIES DÉSIGNÉES, QUEL QUE SOIT L'ÉTABLISSEMENT .....	14
6. LA RÉGION DES LAURENTIDES : SON TERRITOIRE ET SA POPULATION ..	17
6.1 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ANTOINE LABELLE.....	20
6.2 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES LAURENTIDES .....	20
6.3 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES PAYS-D'EN-HAUT .....	21
6.4 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ARGENTEUIL.....	21
6.5 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RIVIÈRE-DU- NORD/MIRABEL NORD .....	22
6.6 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES .....	22
6.7 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE .....	23
7. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES .....	25
8. MÉCANISMES DE CONCERTATION.....	29
8.1 LE COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE .....	29
8.2 LE COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE.....	29
8.2.1. LES PRINCIPAUX RÔLES ET RESPONSABILITÉS .....	29
8.2.2 COMPOSITION DU COMITÉ .....	30
8.3 LES COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE .....	31
8.3.1 LES PRINCIPAUX RÔLES ET RESPONSABILITÉS .....	31
8.3.2 COMPOSITION DU COMITÉ .....	32
9. SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION .....	35

9.1	CONSTAT .....	35
9.2	LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS .....	35
9.3	TRAUMATISMES ROUTIERS .....	36
9.3.1	PROGRAMME DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE .....	36
9.3.2	PROGRAMME DE RÉGULATION DE LA CIRCULATION ET DE L' AMÉNAGEMENT DES INTERSECTIONS .....	38
9.4	PRÉVENTION DES BLESSURES ET AUTRES TRAUMATISMES À DOMICILE .....	39
9.5	TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS .....	41
9.6	PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE .....	42
9.6.1	ACTIVITÉS DE PROMOTION : RÉSEAU VIACTIVE ET CLUBS DE MARCHÉ (KINO-QUÉBEC) .....	43
9.6.2	ACTIVITÉS DE PRÉVENTION : PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE - 3 VOLETS .....	44
10.	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE .....	47
10.1.	LE PREMIER INTERVENANT (TÉMOIN) .....	47
10.2.	LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 911 .....	48
10.3.	LES PREMIERS RÉPONDANTS .....	50
10.4.	LES TECHNICIENS AMBULANCIERS .....	51
10.4.1	LA RÉPONSE AMBULANCIÈRE .....	51
10.4.2	LE TRANSPORT DES VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS .....	51
10.4.3	LES SOINS AMBULANCIERS AUX TRAUMATISÉS MAJEURS .....	52
11.	SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE .....	55
11.1	MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE SERVICES LOCAUX .....	55
11.2	LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....	56
12.	SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS .....	57
13.	SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALES .....	61
14.	LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES 63	63
14.1	LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE .....	63
14.2	LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL ... 64	64
14.2.1	LES ADULTES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU SÉVÈRE .....	65
14.2.2	LES ENFANTS AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL MODÉRÉ OU SÉVÈRE .....	65
14.2.3	LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER .....	67
14.4	LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES .....	67
15.	CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE .....	69

16. FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES.....	71
CONCLUSION.....	73
MESURES ET REDDITION DE COMPTES.....	75
RÉFÉRENCES .....	89
ANNEXE 1 – TABLEAU DES PRIORITÉS.....	91
ANNEXE 2 - PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS MAJEURS VERS LE CH APPROPRIÉ .....	93
ANNEXE 3 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL .....	99
DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRE.....	99



## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

Agence	Agence de la santé et de services sociaux des Laurentides
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalier
AS-810	Déclaration de transport des usagers
ATLS	Advance Trauma Life Support
CPE	Centre de petite enfance
CRAULL	Centre régional d'appels urgents Laurentides-Lanaudière
CH	Centre hospitalier
CRDP Le Bouclier	Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DP	Déficience physique
DSP	Direction de santé publique
Groupe-conseil	Personnes mandatées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer, recommander et désigner un établissement dans le réseau de traumatologie au Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
IHV	Impact à haute vélocité
IPT	Indice préhospitalier en traumatologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PHTLS	Préhospitalier Trauma Life Support
PAL	Plan d'action local en santé publique

PAR	Plan d'action régional en santé publique
PNSP	Plan national en santé publique
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
SMPAU	Système médicalisé de priorisation des appels urgents
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TCC	Traumatisé crâniocérébral
TNCC	Trauma Nursing Core Course
VTT	Véhicule tout terrain

## INTRODUCTION

En 2005 au Québec, les traumatismes constituent la première cause de mortalité entre 1 et 45 ans, et la première cause d'années potentielles de vies perdues avant 65 ans. Les traumatismes sont également responsables d'environ 10 % des journées d'hospitalisation.

Parmi les traumatismes non intentionnels, les traumatismes routiers sont responsables du plus grand nombre de décès. Les traumatismes survenant à domicile et lors d'activités récréatives ou sportives représentent également un fardeau considérable. Environ un Québécois sur 15 est victime, dans une année, d'un traumatisme entraînant une limitation des activités ou nécessitant une consultation médicale.

Dans un contexte de transformation profonde des structures soutenant le réseau de la santé et des services sociaux, il devient essentiel de préserver les acquis dégagés de la mise en place et de la consolidation du programme provincial et des programmes régionaux et locaux de traumatologie. Dans cette optique, des mesures doivent être prises afin de permettre l'adaptation de ces programmes aux nouvelles réalités et de promouvoir l'amélioration continue des services qu'ils comprennent.

Ainsi, l'élaboration et la mise en place d'un plan directeur en traumatologie dans chaque région du Québec constituent une cible prioritaire apparaissant dans les attentes administratives convenues entre les agences et le Ministère pour l'année 2004-2005.

Plus spécifiquement, cette cible prévoit qu'en matière de traumatologie, l'Agence doit : « élaborer et mettre en place, conformément aux conditions déterminées par le Ministère, un plan directeur en traumatologie décrivant le continuum complet des services offerts à la population de son territoire ».

Ainsi, découlant d'une vision d'ensemble requise pour déployer toute activité, il importe de se doter d'outils favorisant l'intégration verticale et horizontale des actions posées en traumatologie, que ce soit sur le plan national, régional ou local en un tout cohérent, efficace et efficient.

Par conséquent, le plan directeur régional en traumatologie englobe de façon intégrée toutes les étapes du continuum de services exigé par les victimes de tels traumatismes, notamment, les services de promotion et de prévention, les services préhospitaliers d'urgence (SPU), les services de soins aigus, les services de réadaptation précoce et spécialisée ainsi que les services de soutien à la participation sociale.

La stratégie de développement retenue consiste à mettre au point chacun des maillons de cette chaîne de services, à les relier étroitement entre eux et par la suite à accroître, sur une base continue, l'efficacité et l'efficience de cette chaîne.

Ce plan directeur propose plusieurs mesures adaptées à la réalité de la région des Laurentides ainsi que des cibles d'action 2005-2008 selon les besoins prioritaires du territoire. Ce plan est supporté par le document de référence du MSSS<sup>1</sup>.

Notamment, il présente des cibles d'amélioration communes visant à harmoniser les interventions posées par les divers secteurs d'activité qui composent le continuum de services en traumatologie sur l'ensemble du territoire des Laurentides.

Ce document se veut donc un outil efficace permettant de regrouper les actions structurantes nécessaires à l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services aux personnes victimes de traumatismes ou susceptibles de l'être dans la région des Laurentides.

En outre, de par l'exercice qu'il sous-tend, il est permis de croire que le développement de cet outil favorisera la mobilisation des diverses parties impliquées du réseau de traumatologie des Laurentides.

---

<sup>1</sup> « Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008. », MSSS, Québec.

## 1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

La prévention des blessures ainsi que la prise en charge, la stabilisation, le traitement, le suivi, la réadaptation et la réinsertion sociale des traumatisés à risque élevé doivent faire partie d'un processus complet cohérent et continu.

Le plan directeur régional doit refléter les objectifs et orientations du programme régional ainsi que des différents programmes locaux de traumatologie. Il doit également favoriser la concentration des centres de niveau primaire, secondaire et tertiaire afin de créer une masse critique d'interventions aptes à développer et à maintenir l'expertise des équipes médicales et professionnelles en traumatologie.

Le plan directeur régional de traumatologie implique nécessairement l'engagement des CSSS et des centres affiliés au RUIS de l'Université de Montréal (pour l'accès aux services tertiaires) en regard des objectifs communs à la région.

Ce plan directeur doit s'assurer de la continuité et de la complémentarité des services nécessaires à la population des Laurentides. Ce continuum de services implique des interventions de promotion et de prévention complémentaires aux interventions de nature curative que sont les soins et la réadaptation. Dans ce contexte une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués est fondamentale, qu'il s'agisse des premiers répondants de la communauté, des différents organismes et établissements, des intervenants des secteurs préhospitaliers et hospitaliers ou des instances régionales pour :

- promouvoir les comportements sécuritaires;
- prévenir les blessures;
- assurer la prise en charge précoce des victimes de traumatismes majeurs;
- élaborer et appliquer des protocoles de traitement et de transfert interétablissements dans la région et extrarégionale au besoin;
- évaluer la qualité des soins et les résultats de services obtenus pour chacune des composantes du programme, de la prise en charge jusqu'à l'étape de la réadaptation et de la réinsertion sociale de la personne.

La priorité doit être donnée à la qualité et à la rapidité des interventions à chaque niveau de l'organisation, tant à l'urgence, au bloc opératoire, à l'unité de soins intensifs, à l'unité de chirurgie, qu'au laboratoire, en imagerie médicale, en réadaptation précoce et spécialisée.

Les corridors de services d'accès et les protocoles de transfert doivent être automatiques et prioritaires, sans négociation, et suffisamment souples pour répondre aux situations imprévues. Ces ententes de services doivent être dûment signées par les parties et ces corridors de services doivent être bidirectionnels.

Le plan directeur en traumatologie doit s'articuler autour d'un comité régional de traumatologie qui, à son tour, est en lien direct avec chacun des comités locaux de traumatologie des CSSS visant à harmoniser les interventions posées par les divers secteurs d'activité qui composent le continuum de services du réseau de traumatologie des Laurentides.

## 2. CIBLES D'ACTION ET D'AMÉLIORATION

Ce plan directeur comprend des cibles applicables à l'ensemble des maillons constituant la chaîne de services en traumatologie, tels que :

- Soutenir l'aménagement de l'environnement et l'adoption de comportements sécuritaires;
- Soutenir l'implantation de mesures de prévention jugées efficaces ou prometteuses;
- Développer une approche programme articulée autour des besoins spécifiques des victimes de traumatismes;
- Assurer la réalisation et l'amélioration continue de tous les critères stipulés dans les matrices d'évaluation officielles;
- Assurer l'implantation des recommandations découlant des visites des groupes conseils en traumatologie, volet santé physique et réadaptation/soutien à l'intégration, et promouvoir l'amélioration continue des services offerts;
- Assurer la mise en place des moyens nécessaires à l'articulation étroite des services avec les ressources situées en aval et en amont, concrétiser la mise en place de corridors de services requis et en assurer le respect;
- Assurer la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services dans chacun des centres désignés en traumatologie, par le biais, notamment, d'un comité reprenant l'essentiel des mandats confiés aux membres locaux de traumatologie des établissements de santé physique;
- Assurer la mise en place d'un programme d'assurance-qualité des services offerts, en supportant le développement d'une culture d'évaluation et des habiletés requises à cette fin dans les établissements;
- Assurer l'évaluation des résultats obtenus;
- Assurer la représentation des divers secteurs d'activité concernés au comité régional de traumatologie.



### **3. LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE TRAUMATOLOGIE**

Avant 1990, les médecins des salles d'urgence « *magasinaient* » un établissement receveur pour offrir à leurs polytraumatisés les soins de santé appropriés à l'état instable de leurs patients. La prise en charge de cette clientèle était aléatoire et souvent réalisée par le réseau interpersonnel de chaque médecin qui faisait de l'urgence. Entre docteurs qui se connaissaient bien, il était plus facile d'accepter le transfert interétablissements d'un neurotraumatisé.

Afin de pallier cet état de fait qui se vivait partout au Québec et réduire les délais de prise en charge et éviter les nombreux décès liés aux accidents de la route, le MSSS a mandaté la SAAQ pour proposer, au début de la décennie 90, un plan directeur qui constituait la naissance d'un « *réseautage* » des salles d'urgence au Québec en développant de multiples corridors d'ententes de services entre elles et leurs régions limitrophes.

Par ailleurs, tous les territoires de la province sont maintenant « *réseautés* » par des centres désignés en traumatologie qui identifient les différents niveaux de performance et d'intensité de soins de chacun. Ils forment donc depuis 1992, le réseau provincial de soins et services de traumatologie pour les victimes à haut risque de perdre la vie ou leur intégrité corporelle.

L'objectif qui sous-tend l'organisation d'un tel réseau est la mise en place d'une complémentarité de ressources disponibles dans une région ou celles existantes dans une région limitrophe. Ainsi, cette accessibilité assure aux victimes des services de qualité tout en diminuant les délais de prise en charge et de transfert entre les hôpitaux concernés dans le réseau de traumatologie.

#### **3.1. LES MÉCANISMES D'ACCREDITATION EN TRAUMATOLOGIE**

Les établissements du réseau de la santé de la province sont périodiquement soumis à des exercices d'accréditation. Ces exercices originent de divers systèmes dont les objectifs sont différents les uns des autres. Que ce soit le Conseil canadien d'agrément des systèmes de santé, le (CCASS), le Collège des médecins ou l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ces instances demeurent un bon outil d'amélioration de la qualité qui devrait être présente à tous les niveaux. Il en est ainsi du réseau de traumatologie.

Le mécanisme d'accréditation privilégié en traumatologie par le Ministère est celui d'une visite de réévaluation périodique par des équipes d'évaluateurs indépendants mandatés par le MSSS et formant le Groupe-conseil des experts en traumatologie. Cette visite

doit se faire aux quatre ans ou selon les besoins. Ce sont les agences de santé et de services sociaux qui s'assurent du suivi de ces visites.

**MANDAT DU GROUPE-CONSEIL :**

- évaluer les établissements selon les critères déjà prédéterminés;
- faire les recommandations appropriées aux agences de la santé et des services sociaux et au Ministère;
- assurer le suivi de la mise en place des éléments du système intégré de services en traumatologie;
- analyser les situations problématiques à la demande de l'agence.

**COMPOSITION DU GROUPE-CONSEIL :**

Les membres permanents :

- un ou des représentants, selon le secteur d'activité visé, du Ministère nommé par le sous-ministre;
- un représentant de la SAAQ.

Les membres occasionnels :

- un représentant de l'Agence concerné par le mandat en cours;
- des représentants du milieu professionnel selon le mandat en cours.

#### **4. LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE DÉSIGNATION**

Pour assurer la viabilité du principe de base de mettre en réseau les salles d'urgence du Québec, le MSSS et la SAAQ devaient procéder à la désignation des niveaux de compétence des salles d'urgence de toute la province.

Les établissements désignés « centre de traumatologie » sont responsables de la prise en charge des usagers traumatisés. Ces centres sont regroupés en différentes catégories et niveaux, soit :

##### **4.1. LES CENTRES DE TRAITEMENT**

- Niveau I : centre universitaire
- Niveau II : centre tertiaire
- Niveau III : centre secondaire

##### **4.2. LES CENTRES DE STABILISATION ET DE TRANSFERT**

- Niveau IV : centre primaire
- Niveau V : service de stabilisation traumatologique

Ainsi, le réseau provincial se déploie selon les désignations suivantes :

**Les centres universitaires** sont des hôpitaux tertiaires à vocation universitaire de recherche et d'enseignement. Ils sont peu nombreux et reçoivent les cas de traumatisme qui ne peuvent être traités adéquatement dans les centres de traumatologie.

**Les centres tertiaires** sont des hôpitaux tertiaires sans vocation universitaire. Ils reçoivent les mêmes types de cas que les centres universitaires et sont également très peu nombreux.

**Les centres secondaires** sont des hôpitaux qui accueillent les victimes de traumatismes dont la condition nécessite un plateau technique moins sophistiqué que celui des centres tertiaires.

**Les centres de niveau primaire et les services de stabilisation** sont toujours situés à plus de trente (30) minutes d'un centre secondaire, tertiaire ou universitaire.

Les établissements identifiés comme centre de traumatologie sont sélectionnés après un processus d'évaluation basé sur les critères de désignation suivants :

- l'expertise professionnelle;
- l'organisation des soins;
- le volume d'usagers;
- les ressources matérielles disponibles;
- l'engagement du milieu;
- l'enseignement;
- la recherche;
- l'engagement communautaire;
- la réadaptation.

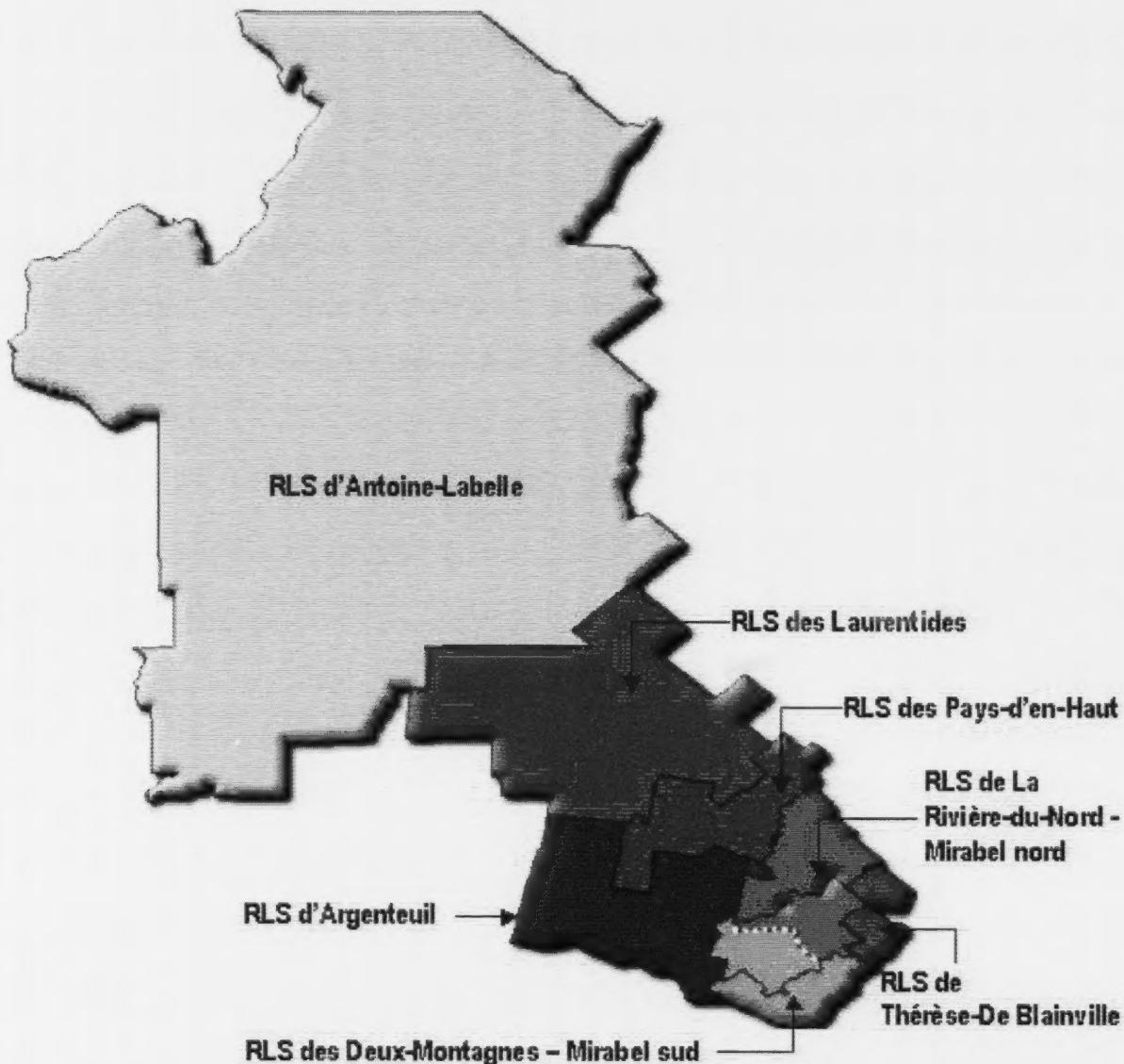
#### **4.3 LE PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ DANS CHAQUE CENTRE DÉSIGNÉ DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS**

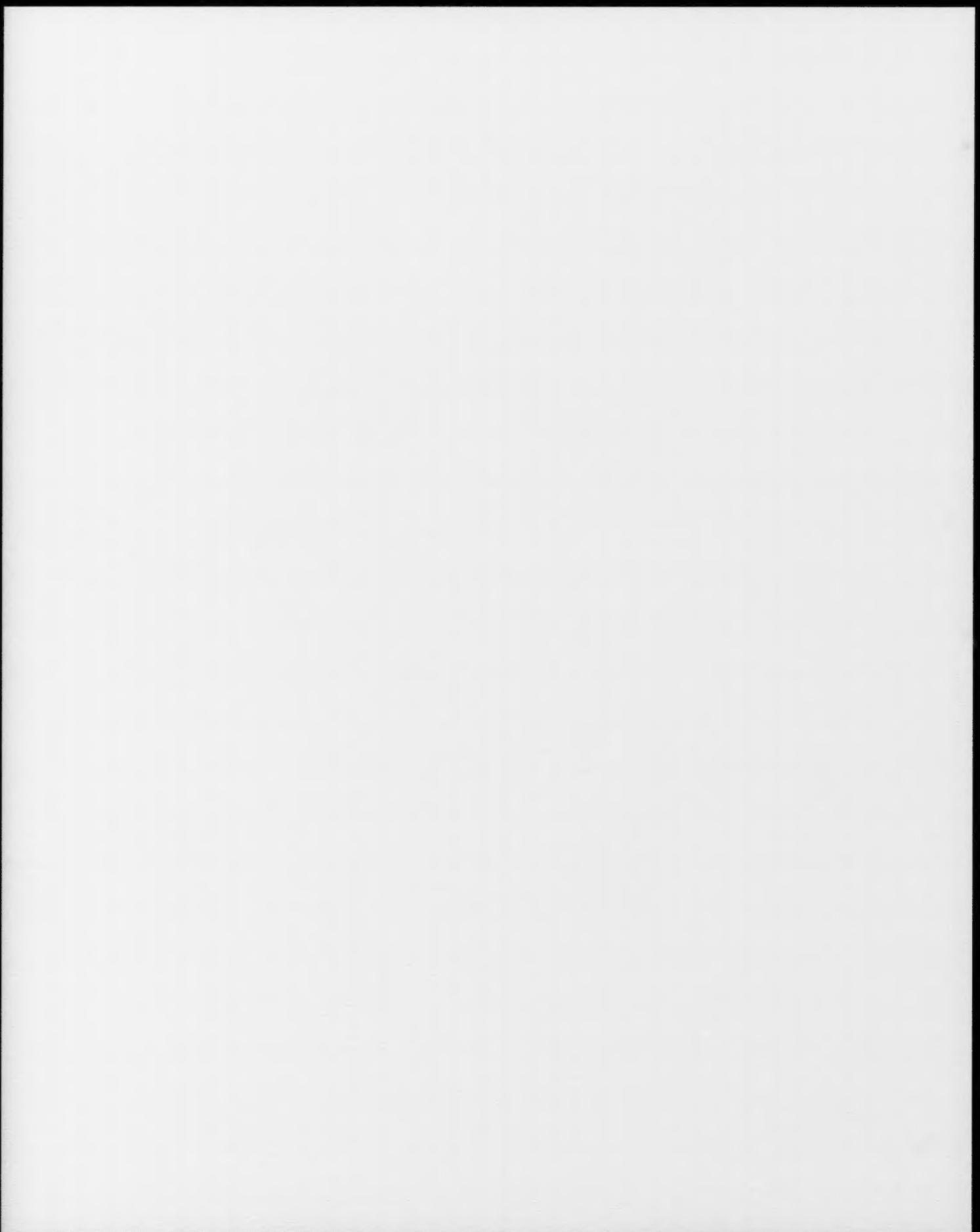
Afin d'assurer une prise en charge globale et adéquate des victimes de traumatismes, chaque centre désigné du réseau de traumatologie du Québec doit se doter d'un programme d'assurance qualité.

Ce programme doit comporter minimalement les éléments suivants :

1. la tenue d'un registre des traumatismes selon les normes du Ministère et de l'Agence de la santé et des services sociaux;
2. des sondages formels et standardisés permettant d'évaluer la satisfaction de la clientèle selon le niveau de désignation du centre de traumatologie. Ces sondages devraient mettre en relation entre eux les éléments reliés aux soins reçus à l'urgence, aux soins intensifs et aux unités de soins s'il y a lieu. Ils devraient également permettre à la clientèle de s'exprimer, lorsque applicable, quant aux soins reçus lors d'un transfert vers un autre centre de traumatologie;
3. un mécanisme efficace de gestion des plaintes impliquant l'ensemble des intervenants concernés devrait être accessible afin de permettre le redressement d'une situation litigieuse pour la victime, quel que soit le niveau ciblé dans la plainte : préhospitalier, hospitalier ou réadaptation;
4. des études multidisciplinaires devraient se faire automatiquement pour évaluer les décisions et les interventions exécutées auprès des victimes de traumatismes majeurs arrivées vivantes à la salle d'urgence et qui sont décédées par la suite;
5. les documents résultant des activités d'évaluation de la qualité serviront à la prise de décision inhérente aux actions à poser afin d'améliorer le contexte dans lequel sont accessibles les soins et les services en traumatologie, tant au niveau local que régional et provincial;
6. ces documents devraient permettre la tenue d'un tableau de bord en traumatologie pour chaque centre désigné. Il serait représentatif des efforts mis en place pour assurer le continuum des services, tant localement que régionalement;
7. un programme de formation et de maintien des compétences.

**La région des Laurentides par territoire de réseau local de services (RLS)**





## **5. DESCRIPTION DU RÉSEAU RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE**

Dans les Laurentides, la démarche de désignation des centres désignés a débuté en 1992.

Ainsi, les centres désignés en traumatologie ont d'abord été identifiés dans leurs différents niveaux de performance et dans leur capacité de production de services.

### **1992 :**

- CH Mont-Laurier : niveau primaire;
- CH Annocation : service de stabilisation;
- CH Laurentien : niveau primaire;
- CH Argenteuil : niveau primaire;
- CH St-Eustache : niveau primaire;
- CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : niveau secondaire.

Ce premier réseau d'établissements formé depuis 1992 a fait l'objet de visites d'évaluation en 1996, 1998, 2003 et 2005. Lors de ces visites, certains établissements ont été désignés dans un autre niveau pour différentes raisons.

### **1998 :**

- CH et CR Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien du niveau primaire;
- CH et CR Antoine-Labelle, site de l'Annocation : maintien sous certaines conditions, après une réévaluation dans une année du niveau d'un service de stabilisation;
- CH Laurentien : maintien du niveau primaire;
- CH Argenteuil\* : retrait du niveau primaire. Désignation retenue en 1998 pour le réseau québécois, un centre de service de stabilisation;
- CH St-Eustache : désignation rehaussée au niveau secondaire;
- CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : maintien sous conditions, après une réévaluation dans l'année du niveau secondaire.

À cette époque, les deux établissements du nord étaient officiellement fusionnés depuis décembre 1995

\* NB : à la demande du CH Argenteuil, celui-ci a été retiré du réseau québécois en 1999.

## 2003 :

- CH et CR Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien temporaire du niveau primaire;
- CH et CR Antoine-Labelle, site de l'Annonciation : retrait du réseau québécois;
- CH Laurentien : maintien temporaire du niveau primaire;
- CH St-Eustache : maintien sous conditions du niveau secondaire;
- CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : maintien du niveau secondaire.

Suite à la visite de 2005, les désignations ont été les suivantes :

- CSSS d'Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier : maintien inconditionnel du niveau primaire;
- CSSS Des Sommets : maintien inconditionnel du niveau primaire;
- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes : maintien inconditionnel du niveau secondaire;
- CSSS de Saint-Jérôme : maintien inconditionnel du niveau secondaire.

### 5.1 LES OBLIGATIONS RÉCIPROQUES ENTRE LES PARTIES DÉSIGNÉES, QUEL QUE SOIT L'ÉTABLISSEMENT

- **Accessibilité** : La salle d'urgence d'un centre désigné selon les critères du réseau québécois de traumatologie doit garantir l'entièvre disponibilité aux victimes de traumatismes qui se présentent à l'urgence ou qui sont dirigées tant localement, par les intervenants du préhospitalier que régionalement ou suprarégionalement, par les ententes de transfert.
- **Rapatriement** : En contrepartie, l'établissement qui réfère la victime vers un centre de traumatologie de niveau supérieur doit accepter de reprendre le patient lorsqu'il est stabilisé, et cela, dès le premier 48 heures suivant la demande du centre receveur.
- **Rapatriement du polytraumatisé qui est en « transit »** dans un des hôpitaux de la région des Laurentides parce que celui-ci était l'établissement désigné le plus approprié lors de la prise en charge de la victime par le préhospitalier, (ex. CSSS Des Sommets, niveau primaire) et qui est, par la suite, transféré vers un établissement de niveau supérieur, (par exemple, un centre secondaire dans la région des Laurentides ou un centre tertiaire à Montréal) sera quant à lui rapatrié, lorsque son état sera stabilisé, vers le centre hospitalier désigné au CSSS correspondant au code postal du citoyen et non vers le premier centre référant des Laurentides où il a été transféré dans un premier temps par le préhospitalier. Pour actualiser le rapatriement, ce centre hospitalier (**selon le code postal de l'individu**) doit être désigné dans le réseau québécois. Dans ces conditions, il serait préférable de rejoindre l'agence de santé et de services sociaux de la région

du polytraumatisé pour connaître les centres désignés en traumatologie de cette région. Le délai de rapatriement se situe également dans les 48 heures.

- C'est ce qu'on appelle les corridors bidirectionnels du réseau québécois de traumatologie. **« Stat » pour la prise en charge et moins de 48 heures pour le rapatriement.** Ces corridors d'ententes rayonnent dans toutes les régions de la province. Ils existent parce qu'ils sont soutenus par des protocoles de transfert dûment signés entre les parties concernées. Quant aux ententes interrégionales, elles sont tacites même sans signature formelle puisqu'elles sont supervisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tous les centres de traumatologie ont accepté, lors de leur désignation officielle, de collaborer au développement et au maintien des acquis du système. La pérennité du réseau de traumatologie s'articule autour de plusieurs liens de partenariat qui constituent le mode privilégié de fonctionnement et d'engagement de toutes les parties du réseau québécois de traumatologie.



## 6. LA RÉGION DES LAURENTIDES : SON TERRITOIRE ET SA POPULATION

Située dans le sud-ouest du Québec, immédiatement au nord des villes de Montréal et de Laval, la région des Laurentides couvre un vaste territoire de 21 554 km<sup>2</sup>, sur lequel se répartit une population de 505 845 habitants en 2005. Elle forme un long corridor nord-sud dont le développement historique a été orienté suivant l'axe de la route 117. La région compte sept réseaux locaux de services (RLS) et huit municipalités régionales de comté (MRC). Près des trois quarts de la population se concentrent dans les trois territoires de RLS situés au sud de la région (Thérèse-De Blainville, Deux-Montagnes—Mirabel Sud et la Rivière-du-Nord—Mirabel Nord), où domine un profil urbain. Dans les quatre autres territoires de RLS (Antoine-Labelle, Pays-d'en-Haut, Laurentides et Argenteuil) on retrouve plutôt un milieu à vocation rurale et récréotouristique. On y retrouve d'ailleurs une forte proportion de population saisonnière, particulièrement dans les territoires de RLS Laurentides (44,2%)<sup>2</sup>, Pays-d'en-Haut (39,9%) et Antoine-Labelle (34,0%).

### **Un profil jeune, mais une population âgée qui devrait augmenter de plus de 50 % en 10 ans**

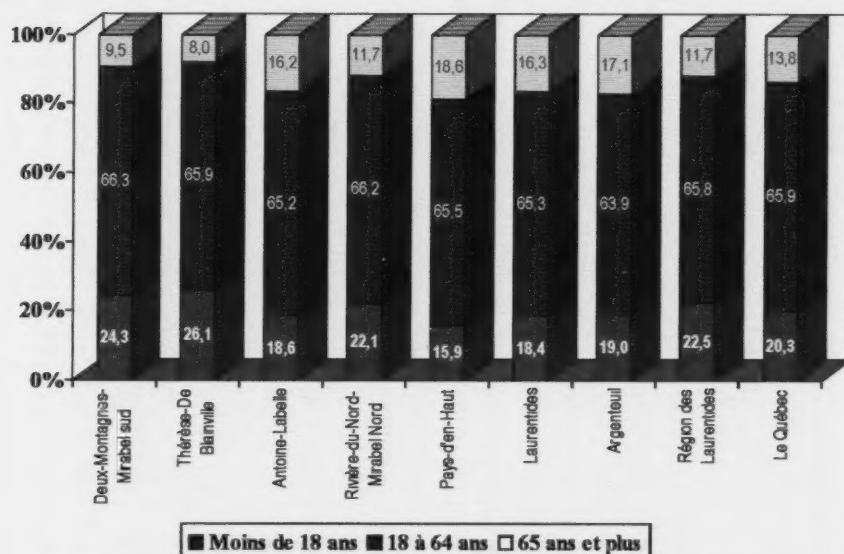
Comparée à l'ensemble du Québec, la région des Laurentides présente un profil de population jeune. La proportion de personnes de moins de 18 ans dépasse le cinquième de la population totale et celle des personnes âgées de 65 ans ou plus y est d'un peu plus du dixième. Par contre, ce dernier groupe connaît une augmentation importante et on prévoit<sup>3</sup> qu'entre 2005 et 2015, la population âgée de 65 ans ou plus augmentera de plus de 50 %; celle de 85 ans ou plus d'environ 75 %. Malgré cet accroissement rapide de sa population âgée, la région devrait conserver, en 2015, un profil démographique qui se classera parmi les plus jeunes du Québec.

---

<sup>2</sup> Pourcentage que représente la population saisonnière sur le total des résidents.

<sup>3</sup> Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003.

Structure de la population par groupe d'âge selon le territoire de réseau local de services, la région des Laurentides et le Québec, 2005



Source Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003

### L'une des croissances démographiques les plus fortes au Québec

La région des Laurentides connaît une augmentation de sa population qui a peu d'égal au Québec. En grande partie le fait de la migration en provenance de Montréal et Laval, cet accroissement a été de plus de 15 % de 1996 à 2005<sup>4</sup> et on s'attend à ce qu'il soit au-dessus de 10 % pour la période 2005-2015<sup>5</sup>. Les taux de migration les plus importants se trouvent chez les enfants, les jeunes adultes (25 à 35 ans) et les personnes dans la cinquantaine. Seuls les jeunes de 18 à 24 ans présentent un solde migratoire négatif. Notons qu'en 2004, la région est passée du 5<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> rang des 18 régions sociosanitaires pour la taille de sa population.

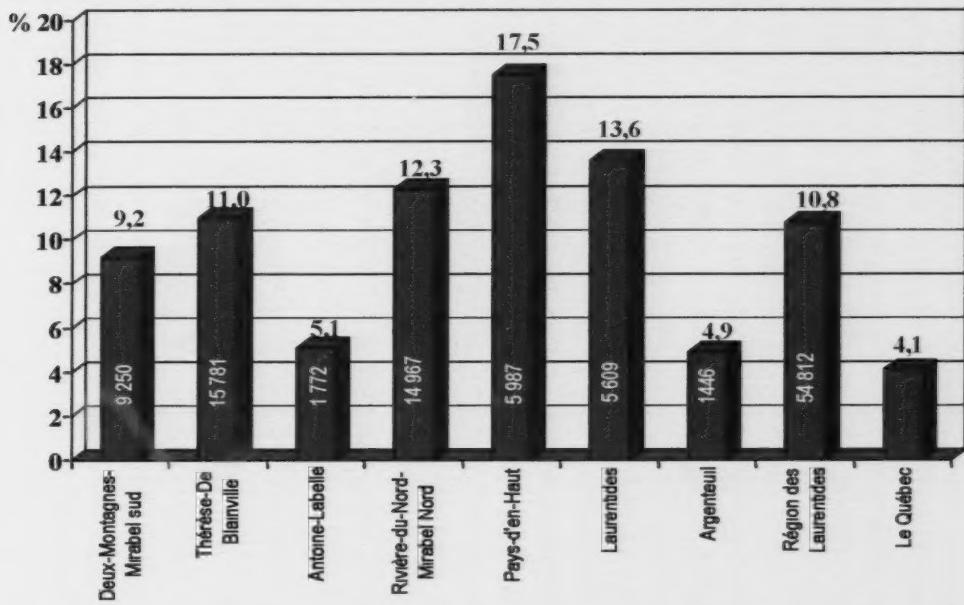
### Une forte migration de population vers la région des Laurentides

Globalement, la population de la région des Laurentides devrait continuer de s'accroître de 10,8 % entre 2005 et 2015. Cette augmentation est due principalement à l'arrivée de personnes provenant surtout des régions de Laval et de Montréal. Cette migration a peu d'égal dans d'autres régions du Québec, et ce, dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans. Notons qu'en 2004, la région est passée du 5<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> rang des 18 régions sociosanitaires pour la taille de sa population.

<sup>4</sup> Institut de la statistique du Québec. Bulletin statistique régional. Laurentides. Janvier 2005.

<sup>5</sup> Op. cit. à la note 1

**Accroissement prévu de la population en pourcentage et en nombre entre 2005 et 2015  
selon le territoire de réseau local de services, la région des Laurentides et le Québec, 2005-2015**



Source : Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques selon le territoire de CLSC, 2001-2026, édition 2003

Examinons à présent les particularités de chacun des territoires en descendant du nord vers le sud de la région.

## **6.1 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ANTOINE LABELLE**

### **Le territoire**

Comptant une population de 34 756 personnes en 2005, le territoire du réseau local de services d'Antoine-Labelle s'étend au nord de la région des Laurentides. C'est de loin le territoire le plus vaste et le moins densément peuplé de la région. Il se distingue par son caractère essentiellement rural et ses activités économiques centrées sur l'exploitation forestière et le tourisme. La population saisonnière représentait 16 911 personnes en 2002.

### **La population, peu de jeunes, forte proportion de personnes âgées**

On y retrouve relativement peu de jeunes, les jeunes de 0 à 17 ans y représentant moins d'un cinquième de l'ensemble de la population. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus se situe parmi les plus fortes de la région. Fait particulier pour un territoire où on retrouve une forte proportion de personnes âgées, le rapport de masculinité est élevé soit 104 hommes pour 100 femmes, comparativement à 99,8 hommes pour 100 femmes dans la région.

## **6.2 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES LAURENTIDES**

### **Le territoire**

Situé au centre nord de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services des Laurentides a une population de 41 235 habitants en 2005. L'activité économique y est fortement concentrée dans le secteur du tourisme et le territoire voit presque doubler sa population durant les périodes de villégiature. En effet, la population saisonnière y est la plus importante de la région : on l'estimait à 30 351 personnes en 2002. Ce territoire présente une faible densité de population, surtout dans la partie nord.

### **La population, profil plutôt âgé**

La proportion de jeunes de 0 à 17 ans y est l'une des plus faibles de la région et celle des personnes âgées de 65 ans ou plus y est parmi les plus importantes. Les deux groupes d'âge constituent des populations presque équivalentes en 2005. La population du territoire du RLS des Laurentides présente un profil plutôt âgé et vieillissant. On remarque cependant que la population très âgée (70 ans ou plus) tend à quitter le territoire.

Autre caractéristique de la population de ce territoire : les proportions de familles monoparentales et de personnes vivant seules sont très élevées. On observe un

contexte socioéconomique moins favorable dans ce territoire que celui de l'ensemble de la région, mais il s'améliore avec le temps.

### **6.3 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES PAYS-D'EN-HAUT**

#### **Le territoire**

Situé également dans le centre nord de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services des Pays-d'en-Haut a une population de 34 303 habitants en 2005. Il se caractérise par une importante présence de zones de villégiature et de résidences secondaires. Aussi, la population saisonnière y est estimée à 20 789 personnes en 2002.

#### **La population, accroissement migratoire important surtout chez les personnes de 50 à 64 ans**

C'est le territoire de la région où on retrouve la plus faible proportion de jeunes de moins de 18 ans et la plus forte proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus. La population de la MRC Pays-d'en-Haut a augmenté de manière importante par la migration. Les personnes de 50 à 64 ans composent le groupe le plus important de cet accroissement migratoire, suivi des 25 à 39 ans et des enfants.

La population anglophone y est relativement importante. Territoire généralement favorisé sur le plan socioéconomique, on y retrouve néanmoins une forte proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules.

### **6.4 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES D'ARGENTEUIL**

#### **Le territoire**

En se dirigeant vers le sud-ouest de la région des Laurentides, on trouve le territoire du réseau local de services d'Argenteuil. Ce territoire compte une population de 29 460 habitants en 2005. Il est le moins peuplé de la région. Le territoire présente à la fois les spécificités des zones rurales et de la banlieue. Il se caractérise notamment par la plus forte présence de la région de personnes dont la langue parlée à la maison est l'anglais. Toutefois, la tendance dans le temps indique une diminution de leur proportion.

#### **La population**

Les jeunes de 0 à 17 ans représentent moins d'un cinquième de la population, l'une des plus faibles proportions de la région, alors que celle des personnes âgées y est parmi

les plus importantes. Comme la plupart des territoires moins urbanisés de la région, Argenteuil se caractérise par un certain exode des jeunes de 20 à 24 ans et des aînés de 70 à 79 ans. Par ailleurs, les migrants adultes dans la trentaine et ceux dans la cinquantaine viennent grossir ses rangs.

## **6.5 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RIVIÈRE-DU- NORD/MIRABEL NORD**

### **Le territoire**

Situé au centre de la région, le territoire du réseau local de services de la Rivière-du-Nord—Mirabel Nord, avec ses 121 980 habitants en 2005, constitue le second territoire en importance au chapitre de la population. On y retrouve la capitale régionale, Saint-Jérôme. Le RLS est composé de la MRC de la Rivière-du-Nord et de la partie nord de Mirabel.

### **La population, forte croissance démographique**

C'est aussi l'un des territoires le plus densément peuplé de la région. Il se distingue, notamment, par la diversité de ses habitats urbains et ruraux et, depuis le début des années 1990, par l'une des plus fortes croissances démographiques du Québec. Au cours des dernières années, celle-ci a largement été le fait de l'apport migratoire de jeunes adultes de 25 à 34 ans, principalement dans la MRC Mirabel.

La proportion de jeunes de 0 à 17 ans est comparable à celle de la région. Il en va de même pour la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus. En nombre absolu, toutefois, il s'agit de la plus importante population d'aînés.

Dans la Rivière-du-Nord—Mirabel Nord, on retrouve un peu plus de familles monoparentales que la moyenne régionale et selon les municipalités, jusqu'à quatre familles sur dix comptent un seul parent.

## **6.6 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES**

### **Le territoire**

À l'extrême sud de la région, le territoire du réseau local de services du Lac-des-Deux-Montagnes a une population de 100 879 personnes en 2005, soit environ un cinquième de la population des Laurentides. Il comprend la MRC de Deux-Montagnes et la partie sud de Mirabel. Densément peuplé, c'est un territoire où se côtoient des habitats urbains et ruraux, générant une activité économique variée.

### **La population, dans dix ans, 6 000 personnes âgées de plus**

Entre 2005 et 2015, on prévoit que le nombre de jeunes d'âge scolaire (6 à 17 ans) diminuera d'environ 2 500 personnes et que celui des personnes de 65 ans ou plus augmentera d'environ les deux tiers, ce qui correspond à environ 6 000 personnes de plus. En 2015, le territoire conservera toutefois un profil jeune comparé à la région. La MRC de Deux-Montagnes connaît une augmentation de sa population par la migration qui est parmi les plus faibles de la région. Par ailleurs, la MRC de Mirabel s'est accrue de façon majeure par la migration, et de façon marquée chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans.

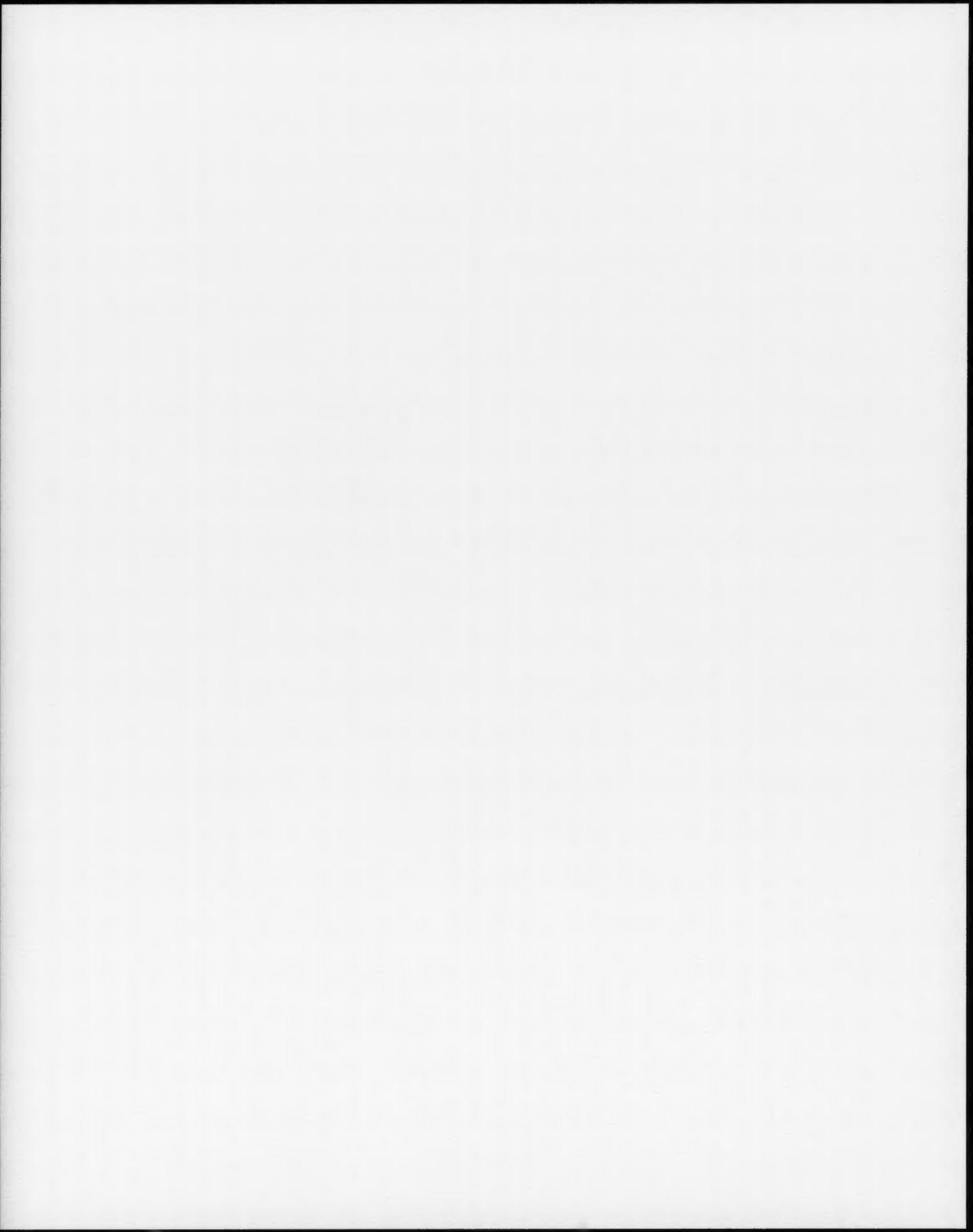
## **6.7 LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE THÉRÈSE-DE BLAINVILLE**

### **Le territoire**

Également situé au sud de la région des Laurentides, le territoire du réseau local de services de Thérèse-De Blainville a une population de 143 232 personnes en 2005. C'est le territoire le plus populeux et le plus densément peuplé de la région. Il présente les spécificités de la banlieue et ses activités économiques sont fortement intégrées à celle de la métropole.

### **La population, la plus forte proportion de jeunes, la plus faible de personnes âgées**

La proportion de jeunes y est la plus importante et celle des personnes âgées la plus faible de la région. Le profil démographique changera considérablement entre 2005 et 2015 : Au cours de cette période, le nombre de jeunes d'âge scolaire (6 à 17 ans) diminuera de près de 3 500 jeunes et celui des 65 ans ou plus augmentera de façon importante; en fait, ce dernier groupe va presque doubler (8 200 personnes âgées de plus). Le territoire conservera toutefois l'un des profils les plus jeunes de la région. Le territoire de Thérèse-de Blainville a connu un accroissement migratoire entre 1998 et 2003; en nombre, il s'agit du solde migratoire le plus important de la région.



## 7. INFORMATION RÉGIONALE SUR LES TRAUMATISMES

Grâce au registre sur les traumatismes complété par les établissements ayant un statut de centre de traumatologie primaire et secondaire, depuis environ dix ans, il est possible de recenser de l'information sur les traumatismes de la région des Laurentides et de les comparer avec l'ensemble du Québec. Dans ce document, les années 2002-2003 et 2003-2004 seront traités.

### Inscription au registre

Le nombre de cas inscrits au registre des traumatismes pour les Laurentides est de 203 cas pour la période 2002-2003 relativement à 402 cas pour 2003-2004. Le nombre de cas inscrits au registre entre les deux années de référence a donc doublé comparativement à une augmentation de 4 % d'inscriptions au registre québécois.

### NOMBRE D'INSCRIPTIONS AU REGISTRE DES TRAUMATISMES

NOM DU CSSS	2002-03	2003-04
CSSS DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES	45	139
CSSS DE ST-JÉRÔME	68	166
CSSS DES SOMMETS	55	65
CSSS D'ANTOINE-LABELLE - (Centre de Mont-Laurier)	35	32
<b>NOMBRE TOTAL DE CAS DE TAUMATISMES:</b>	<b>203</b>	<b>402</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

### Hommes/Femmes

En moyenne, ce sont les hommes qui sont victimes de traumatismes dans notre région, avec 74% pour 2002-2003 et 71% pour 2003-2004 en comparaison avec le Québec où les hommes sont également majoritaires avec 53,5 % des victimes.

Sexe	2002-03	%	2003-04	%
Homme	151	74%	285	71%
Femme	52	26%	117	29%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

## L'âge des victimes

L'âge moyen des victimes pour les deux années comparées est d'environ 35 ans. Au Québec, l'âge moyen des victimes est de 54 ans.

De plus, nous constatons qu'en 2002-2003 et 2003-2004 31 % et 34 % des traumatisés des Laurentides sont des adultes âgés entre 21 et 40 ans.

Groupe d'âge	2002-03	%	2003-04	%
Nombre de 0 - 5 ans	9	4%	13	3%
Nombre de 6 - 14 ans	22	11%	48	12%
Nombre de 15 - 20 ans	28	14%	55	14%
Nombre de 21 - 40 ans	62	31%	137	34%
Nombre de 41 - 64 ans	59	29%	109	27%
Nombre de 65 ans et plus	23	11%	40	10%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

## Catégorie de traumatismes

Ce sont les traumatismes crâniens et les polytraumatisés que nous retrouvons en plus grand nombre sur notre territoire avec 30,7 % et 20,0 % de l'ensemble des traumatismes.

Catégorie de traumatismes	2002-03	%	2003-04	%
Crâniens	74	36%	112	28%
Médullaire	18	9%	27	7%
Thoracique	15	7%	43	11%
Abdominal	10	5%	35	9%
Bassin	13	6%	15	4%
Traumatismes majeurs des extrémités	15	7%	41	10%
Grand brûlé	5	2%	21	5%
Polytraumatisés	47	23%	74	18%
Autre	6	3%	34	8%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

## Causes probantes

Près de la moitié des traumatismes de la région sont causés par un accident routier (49 %). Au second rang, nous retrouvons les traumatismes causés par des chutes avec 26 %.

Causes probantes	2002-03	%	2003-04	%
Véhicule sur route	100	49%	222	55%
Véhicule hors route	23	11%	42	10%
Arme à feu	3	1%	5	1%
Arme blanche	6	3%	10	2%
Feu	5	2%	18	4%
Électricité	0	0%	5	1%
Chute	53	26%	96	24%
Autre	13	6%	4	1%
<b>Total:</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

## Transfert destination

Actuellement, si on compare les taux ajustés d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels selon les sexes, on constate que ceux de la région des Laurentides sont significativement supérieurs à ceux de la province chez les femmes et significativement inférieurs chez les hommes.

Par ailleurs, selon le tableau suivant, nous observons qu'en 2002-2003, nous avons transféré vers un des centres de traumatologie tertiaire 128 personnes et 150 personnes en 2003-2004.

Transfert destination	2002-03	%	2003-04	%
Nombre de transfert en salle d'opération	12	7%	48	13%
Nombre d'hospitalisation	18	11%	133	36%
Nombre de patients ayant eu leur congé	0	0%	27	7%
Nombre de transfert pédiatriques vers le RUIS de Montréal	28	17%	35	9%
Nombre de transfert vers le RUIS de Montréal	100	59%	115	31%
Nombre de transfert vers l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme	11	7%	14	4%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

Source Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

### Les décès

Au chapitre de la mortalité, le taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels dans la région des Laurentides ne se différencie pas de celui du Québec. Pour la région comme pour la province, ce taux est en décroissance continue depuis 1986. Il demeure cependant plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi, nous constatons que pour la région, le nombre de décès causés par les traumatismes a diminué de 12% entre 2002-2003 et 2003-2004

Décès	2002-03	%	2003-04	%
Homme	25	74%	21	70%
Femme	9	26%	9	30%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Source : Registre de traumatologie des Laurentides, René Lefebvre

## **8. MÉCANISMES DE CONCERTATION**

### **8.1 LE COMITÉ PROVINCIAL EN TRAUMATOLOGIE**

Le comité provincial en traumatologie a pour but de définir l'avenir, le développement et les orientations de la traumatologie au Québec. Ce comité est composé de représentants du MSSS, de la SAAQ, des services préhospitaliers ainsi que des responsables du réseau de traumatologie de chacune des agences.

### **8.2 LE COMITÉ RÉGIONAL EN TRAUMATOLOGIE**

Ce comité relève de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Il est consultatif à la présidente-directrice générale de l'Agence et au MSSS. Il regroupe des membres permanents et consultatifs qui représentent, selon les besoins, l'ensemble des secteurs d'activité impliqués dans le continuum des services de traumatologie de la région.

Dans le cadre de la restructuration du réseau de santé et des services sociaux, il y aura actualisation des représentants de chacun des secteurs visés.

De plus, dans la mise en œuvre de ce présent document, une réorganisation des comités régionaux reliés à la traumatologie devient pertinent. Ainsi, les comités déjà existants concernant les adultes et enfants TCC modérés et sévères, les blessés médullaires et tout autre comité faisant partie du continuum de traumatologie dans les Laurentides deviendront des sous-comités du comité régional de traumatologie.

À cet égard, une personne de chacun de ces sous-comités devra être représentée au comité régional de traumatologie, et ce, afin de s'appuyer sur une vision d'ensemble et sur une série de mesures cohérentes, structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population victime de traumatismes.

#### **8.2.1. Les principaux rôles et responsabilités**

- Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie de sa région;
- Assurer le suivi du registre provincial des traumatismes pour la région des Laurentides et faire le lien avec le PAR et le PNSP;
- Assurer la fluidité des ententes de services entre les différents partenaires du réseau québécois;
- Suivre l'implantation et le fonctionnement de chaque Programme local de soins et de services en traumatologie de chacun des centres désignés, des services liés à la

- réponse et pris en charge préhospitalière, des services de réadaptation et de réinsertion sociale disponibles sur le territoire de l'Agence;
- Évaluer la clientèle inscrite dans les registres de traumatologie de la région des Laurentides;
  - Recevoir les recommandations des équipes d'évaluation en vue des désignations par le Groupe-conseil du MSSS en traumatologie;
  - Évaluer les besoins régionaux en traumatologie;
  - Connaître les types de clientèles impliqués dans le réseau de traumatologie;
  - Élaborer un programme régional en traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme majeur, à risque élevé de perte d'autonomie ou d'intégrité corporelle;
  - Implanter les corridors de services intra et extra régionaux avec les établissements concernés;
  - S'assurer de l'efficience des protocoles de transfert signés entre les différentes parties;
  - S'assurer de la qualité des soins et de l'accessibilité des services tant dans la région qu'à Montréal;
  - Assurer le suivi et veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins et services selon les exigences de leur niveau de désignation formulées par le Groupe d'experts en traumatologie du MSSS;
  - Assurer le suivi du registre régional des traumas majeurs à haut risque;
  - Assurer la promotion du programme régional des soins et services intégrés des traumatisés en supervisant son implantation à tous les niveaux : le préhospitalier, l'hospitalier, la réadaptation et la réinsertion sociale du traumatisé;
  - Assumer un rôle conseil auprès de l'Agence;
  - Participation au Comité provincial.

#### **Mesure 1**

Afin d'assurer un leadership régional en matière de concertation en traumatologie, l'Agence doit nommer un répondant qui siégera sur le comité provincial, régional et les différents comités locaux de traumatologie.

#### **8.2.2 Composition du comité**

##### **Mesure 2**

###### **Que l'Agence**

Maintienne le comité régional en opération en fonction des secteurs de représentativité suivants :

**L'Agence** (responsable du programme de traumatologie, programme de réadaptation physique et de déficience physique, médecin-conseil en traumatologie, et responsable de la prévention des traumatismes non intentionnels,);

**Le préhospitalier** (représentants nommés par le secteur);

**Les centres hospitaliers de la région** (représentants nommés par chacun des CSSS : DSP ou président du comité local, infirmiers(ières)-chefs des six salles d'urgence, médecins coordonnateurs des urgences et/ou le trauma leader);

**Le centre tertiaire désigné** (représentant de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal);

**Le centre tertiaire pédiatrique désigné** (représentant de l'Hôpital Sainte-Justine);

**Le centre de réadaptation régional** (représentant du CRDP Le Bouclier);

**L'intégration sociale** : famille / scolaire / milieu environnemental / travail/ responsable des services de 1<sup>re</sup> ligne (médical, soutien à domicile, organismes communautaires, etc.). Représentants invités au besoin selon l'intérêt et les dossiers traités.

### **8.3 LES COMITÉS LOCAUX EN TRAUMATOLOGIE**

Le comité local en traumatologie est sous la responsabilité du directeur des services professionnels (DSP). Il est donc présidé par le DSP lui-même ou par le « trauma leader» médical nommé par le DSP du CSSS.

Il regroupe les responsables des différents secteurs d'activité impliqués dans le continuum de traumatologie du RLS c'est-à-dire, de la santé publique, du préhospitalier, de l'interne du CSSS, ainsi que de la réadaptation et de la réinsertion sociale du territoire desservi par le CSSS. Ainsi selon les niveaux de désignation, la composition du comité local doit s'ajuster et être représentative des soins et services offerts par le centre désigné.

#### **8.3.1 Les principaux rôles et responsabilités**

- Assurer la mise en place des interventions de prévention des traumatismes en lien avec les plans d'action locaux (PAL);
- Analyser et évaluer la pertinence et la performance des politiques et des procédures reliées aux soins et aux services donnés aux traumatisés desservis par le CSSS;
- Approuver les protocoles de soins et de services aux traumatisés;

- Approuver les recommandations susceptibles d'améliorer les services aux victimes de traumatismes et les adresser aux responsables des directions des services concernés;
- Approuver les normes de qualité développées par le comité de l'évaluation de la qualité de l'établissement;
- Assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie;
- Assurer le suivi des recommandations déposées par le groupe conseil en traumatologie suite aux visites d'évaluation de la performance de l'établissement relatives aux services en traumatologie;
- Assurer le suivi pour les corridors de services (en amont et en aval de l'urgence);
- Assurer la promotion de la formation continue en traumatologie;
- S'assurer du fonctionnement optimal en temps réel, des cueillettes de données statistiques des victimes de traumatismes par la tenue des deux registres, le régional par l'urgence et le provincial par le service des archives du CSSS.

Le comité local de traumatologie collabore au suivi de deux sous-comités essentiels au programme de traumatologie de l'établissement :

- sous-comité de la formation et de maintien des compétences;
- sous-comité de l'évaluation de la qualité des soins et des services en traumatologie, des délais de prise en charge, des cas de décès et des situations discordantes dans les transferts.

Étant donné que l'évaluation de la qualité des soins médicaux en traumatologie relève du comité central d'évaluation de l'acte médical du CMDP, le sous-comité de l'évaluation de la qualité doit, suite à l'identification d'un problème au niveau de l'acte médical, référer au CMDP.

### 8.3.2 Composition du comité

#### **Mesure 3**

##### **Que les centres désignés**

Maintiennent le comité local de traumatologie en opération en fonction des secteurs de représentativité suivants (les secteurs de représentativité au comité local peuvent varier selon le niveau de désignation).

À titre d'exemple :

- directeur des services professionnels;
- leader trauma médical, responsable du programme de la traumatologie;
- directeur des services infirmiers;

- coordonnateur médical et l'infirmier(ière)-chef de l'urgence;
- médecin responsable et l'infirmier(ière)-chef du bloc opératoire;
- médecin responsable et l'infirmier(ière)-chef des soins intensifs;
- médecin responsable en orthopédie;
- médecin responsable de l'imagerie médicale;
- représentant du volet promotion/prévention;
- représentant du volet de réadaptation;
- représentant du volet de l'intégration sociale (responsable des services de 1<sup>re</sup> ligne (médical, soutien à domicile, organismes communautaires, etc.);
- représentant nommé par les services ambulanciers du bassin de desserte au CSSS;
- représentant de l'Agence, responsable du dossier traumatologie;
- médecin-conseil en traumatologie de l'Agence;
- membres ad hoc c'est-à-dire, tout autre professionnel ou partenaire jugé pertinent à joindre occasionnellement le comité local compte tenu de l'ordre du jour et des dossiers spécifiques à analyser ou à compléter ce jour-là.

#### **Mesure 4**

##### **Que les comités locaux**

Transmettent, au responsable du programme régional de traumatologie, les procès-verbaux des réunions du comité local;

Maintiennent minimalement 4 rencontres/année.



## 9. SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Plusieurs spécialistes le confirment, pour améliorer l'état de santé de la population en général et des personnes en particulier et en réduire ainsi les besoins curatifs, une bonne partie de la solution repose sur la prévention. En matière de prévention des blessures, il faut privilégier des « *actions qui visent, soit à changer les comportements des individus, soit à rendre l'environnement plus sécuritaire, soit encore à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par la législation.*<sup>6</sup> »

### 9.1 CONSTAT

Le réseau des services de santé de la région des Laurentides doit s'ajuster à l'évolution des besoins d'une population en forte croissance démographique, mais aussi qui vieillit rapidement. On peut supposer que l'accroissement prévu de la population de 65 ans ou plus pourrait se traduire par une augmentation des chutes chez les personnes âgées. Parallèlement, le développement de l'industrie récréotouristique, notamment dans le secteur de Mont-Tremblant, peut avoir une incidence sur l'évolution des besoins de services reliés aux traumatismes récréatifs ou sportifs. Dans ces deux cas, le développement d'activités de prévention et de promotion peut contribuer à diminuer les risques pour la population et à atténuer une éventuelle augmentation de la demande de services.

À la lumière des particularités de la région des Laurentides, les traumatismes liés à la route feront l'objet d'interventions particulières dans notre région tout comme ceux d'origine récréative ou sportive. Nous comptons également profiter des interventions effectuées auprès des familles défavorisées pour informer et outiller les intervenants afin de prévenir les blessures à domicile. Finalement, les chutes chez les personnes âgées sont une autre préoccupation sur laquelle la région des Laurentides compte prendre action dans les prochaines années.

### 9.2 LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Les traumatismes non intentionnels constituent, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, la toute première cause de décès chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, de même que chez les adolescents<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Programme national de santé publique 2003-2012 <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>

<sup>7</sup> Institut national de santé publique, *La famille grandit : Des habitudes pour mieux vivre- Le guide d'interventions*, Document en consultation, 18 mars 2005.

## 9.3 TRAUMATISMES ROUTIERS

### 9.3.1 Programme de sécurité routière

#### Objectif du programme

Promotion auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipement de sécurité – dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, casques pour les cyclistes, les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout-terrain, ceinture de sécurité – selon les mesures législatives en vigueur.

#### Clientèle visée

- Enfants;
- Adultes.

#### État de situation

La promotion de l'utilisation des sièges de retenue pour enfants se fait dans l'ensemble des territoires de CSSS de la région dans le cadre de diverses activités : cours prénataux et visites postnatales, atelier sur la sécurité, rencontres de groupes et visites à domicile.

Des dépliants et affiches sont également remis. Les parents sont également sensibilisés à l'utilisation adéquate de la ceinture de sécurité.

Des sièges pour nouveau-nés sont également remis à des parents suivis dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*. Des organismes communautaires font la promotion de l'utilisation de cet équipement de sécurité dans le cadre d'ateliers sur la sécurité ou dans le cadre d'activités visant le développement des compétences parentales.

De nombreux intervenants provenant des CSSS, des organismes communautaires, des centres hospitaliers et des centres de la petite enfance (CPE) ont reçu la formation offerte par CAA-Québec et participent à l'organisation de cliniques de vérification de sièges de retenue, en collaboration avec les corps policiers.

En ce qui concerne la promotion du port du casque à vélo, des activités ponctuelles ont déjà été réalisées dans le cadre d'événements municipaux ou régionaux ou en collaboration avec des associations sportives. Ces participations sont à réactiver.

## Mesure 5

### Que la direction de santé publique

S'inspire du programme provincial (MSSS-SAAQ) de promotion de l'utilisation adéquate des sièges d'auto pour enfants pour développer une approche régionale plus globale et soutenue de la grossesse au port de la ceinture de sécurité;

Offre des sessions de formation aux intervenants des CSSS et organismes communautaires famille sur les autres dispositifs de sécurité (casque à vélo, ceinture de sécurité, appui-tête);

Réactive les liens avec les municipalités et associations sportives pour la promotion conjointe du casque à vélo.

### Rôles et responsabilités attendus des acteurs

#### DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE :

- développer avec les intervenants de première ligne une approche régionale plus globale et soutenue de promotion de l'utilisation adéquate des sièges d'auto pour enfants de la grossesse au port de la ceinture de sécurité;
- former et outiller les intervenants de première ligne sur les autres dispositifs de sécurité;
- sensibiliser les différentes instances décisionnelles aux mesures de sécurité (municipalités, organismes de loisirs, etc.).

#### CSSS :

- participer au développement d'une approche régionale plus globale et soutenue de promotion de l'utilisation adéquate des sièges d'auto pour enfants de la grossesse au port de la ceinture de sécurité;
- intégrer les notions de sécurité dans le cadre des activités régulières des intervenants auprès des familles (rencontres prénatales ou postnatales, cliniques de vaccination, visites à domicile, etc.) et des infirmières scolaires.

### Autres collaborateurs pouvant être impliqués

- Centre de petite enfance (CPE);
- Corps policiers;
- Commerces.

### **9.3.2 Programme de régulation de la circulation et de l'aménagement des intersections**

#### **Objectif du programme**

Mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.

#### **Clientèle visée**

- Adulte.

#### **État de situation**

Il existe actuellement un projet au niveau provincial visant le développement d'outils permettant l'identification de problèmes de sécurité routière, au niveau du réseau routier municipal. Une formation portant sur l'approche de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes, adaptée au contexte de la sécurité routière est à venir.

L'identification des sites dangereux a été réalisée en région au milieu des années '90. Depuis, certains sites ont été corrigés, mais une mise à jour de cet inventaire devrait être réalisée, particulièrement pour le réseau routier municipal, dans l'optique de sécuriser les abords des écoles et des parcs et de favoriser le transport sécuritaire et les déplacements piétonniers.

#### **Mesure 6**

##### **Que la direction de santé publique**

Établissons des liens au palier local avec les équipes «Combinaison prévention des CSSS» pour le volet municipal du programme «0-5-30 Combinaison Prévention»;

Soutenons les municipalités pour la mise en place de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections aux abords des écoles et des parcs;

Apportez une contribution à la révision des schémas d'aménagement des MRC sur l'aspect de la sécurité du réseau routier municipal.

## Rôles et responsabilités attendus des acteurs

### Direction de santé publique :

- soutenir l'implantation et à la concertation au niveau local. Formation des intervenants locaux.

### CSSS :

- soutenir l'équipe « 0-5-30 » aux municipalités et aux partenaires locaux.

### **Autres collaborateurs pouvant être impliqués**

- Corps policiers;
- CPE;
- Écoles.

## **9.4 PRÉVENTION DES BLESSURES ET AUTRES TRAUMATISMES À DOMICILE**

### **Objectif du programme**

Intégration d'activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou quasi-noyade, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*.

### **Clientèle visée**

- Enfants;
- Adultes.

### **État de situation**

À l'instar de plusieurs régions au Québec, une trousse de prévention des blessures chez les enfants est remise à toutes les familles suivies dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*. Cette trousse est remise par un intervenant dans le cadre de visites à domicile et s'inscrit dans un counselling portant sur la sécurité.

Des sièges de retenue pour nouveau-nés, des barrières de sécurité pour les escaliers et des bains pour bébé sont également remis à certaines familles vulnérables.

Les intervenants oeuvrant auprès des familles, tant des CSSS que des organismes communautaires de chacun des territoires, ont également reçu une formation sur la prévention des blessures.

Le document «Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants» a été distribué à tous les CSSS de la région ainsi qu'aux organismes communautaires subventionnés dans le cadre du *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) et sert de référence pour appuyer les interventions. Des copies du guide ont également été remises aux organismes communautaires qui ne faisaient pas partie de la distribution initiale.

Les organismes communautaires « familles » ont également reçu une trousse de prévention des blessures chez les enfants qui est utilisée dans les ateliers portant sur ce thème.

#### **Mesure 7**

##### **Que la direction de santé publique**

Poursuive la distribution de la trousse de prévention des blessures chez les enfants dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables;

Mette jour des connaissances et harmonisation des pratiques des intervenants oeuvrant auprès des familles.

#### **Rôles et responsabilités attendus des acteurs**

##### **Direction de santé publique :**

- constituer la trousse de prévention et la distribuer aux CSSS;
- offrir des rencontres de mise à jour des connaissances aux intervenants des CSSS et des organismes communautaires.

##### **CSSS :**

- distribuer la trousse et offrir un counselling sur la prévention des blessures aux familles suivies dans le cadre des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables*.

### **Autres collaborateurs pouvant être impliqués**

- Aucun.

## **9.5 TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS**

### **Objectif du programme**

Promouvoir l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance (CPE).

### **Clientèle visée**

- Adulte.

### **État de situation**

#### Aires de jeu

Afin de promouvoir la norme CAN/CSA-614-98 sur la sécurité dans les aires de jeu, des formations ont été organisées en 2001 auprès des intervenants des municipalités, des commissions scolaires et des CPE.

#### Sports de glisse

En 2002, une campagne de sensibilisation auprès des planchistes, pour le port d'équipement de protection et le respect du code du skieur, a été organisée en collaboration avec les orthopédistes de la région et l'Association des centres de ski du Québec dans le cadre de la relâche scolaire.

### **Mesure 8**

#### **Que la direction de santé publique**

Sensibilise les municipalités, commissions scolaires, CPE du territoire à la problématique des blessures dans les aires de jeu et offrir de nouvelles formations afin qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire CAN/CSA-614-98;

Collabore avec les associations sportives et les centres de ski alpin pour la promotion du port d'équipement protecteur normalisé dans les sports de glisse (casque, protège-poignet) ainsi que le respect du code de conduite en montagne et à ski de fond.

## Rôles et responsabilités attendus des acteurs

### DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE :

- promouvoir les normes de sécurité dans les aires de jeux et sensibiliser les partenaires à la problématique des blessures dans les sports de glisse auprès des partenaires;
- organiser des formations sur la norme volontaire CAN/CSA-614-98;
- soutenir les partenaires à la promotion du port d'équipement protecteur.

### **Autres collaborateurs pouvant être impliqués**

- Municipalités;
- CPE;
- Écoles;
- Établissements de plein air;
- Magasins de sports et de plein air.

## **9.6 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE**

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatismes non intentionnels et en sont la principale cause d'hospitalisation<sup>8</sup>. Elles occasionnent de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé et sont source d'une consommation considérable de services de santé. Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent les principales victimes. De plus, chez cette clientèle vulnérable, les chutes peuvent compromettre l'autonomie et la qualité de vie. C'est dans cette perspective que le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2003-2012 qui précise les objectifs à poursuivre, préconise la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux chutes par des activités de prévention, objectif intégré dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la région des Laurentides.

À l'instar de la société québécoise, la région des Laurentides assiste au phénomène de vieillissement de sa population. Cependant, les projections 2005-2008 montrent que cette tendance s'effectuera à un rythme accéléré dans notre région. En effet, le taux d'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus de la région des Laurentides, parmi les plus élevés au Québec, se situe à 13.5 % comparativement à 8.2 % pour l'ensemble de la province<sup>9</sup>. Dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie et de vieillissement de la population, les actions de promotion et de prévention, visant à augmenter les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque, représentent

<sup>8</sup> Programme national de santé publique 2003-2012 <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>

<sup>9</sup> Source : Institut de la statistique du Québec, projections démographiques 2001-2026

une stratégie prometteuse. Au chapitre des chutes non intentionnelles, les activités de prévention des chutes sont d'autant plus indiquées que selon les plus récentes données disponibles, la région des Laurentides se démarque en affichant à la fois un taux ajusté de mortalité - qui est surtout le lot des personnes très âgées (Laurentides 10.2/100 000; Québec 8.1/100 000; 1997-98)<sup>10</sup>, et un taux ajusté de morbidité hospitalière (Laurentides 326/100 000; Québec 279/100 000; 1997-99) parmi les plus élevés de la province.

Selon l'état actuel des connaissances, les chutes chez les aînés résulteraient de l'interaction d'une multitude de facteurs. S'appuyant sur les données probantes, le cadre de référence *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* recommande l'implantation de mesures de prévention multifactorielles<sup>11</sup>.

### **9.6.1 Activités de promotion : Réseau Viactive et Clubs de marche (Kino-Québec)**

#### **Objectif du programme**

Promouvoir l'activité physique, notamment de la marche afin d'améliorer la force, l'équilibre et la performance physique.

#### **Clientèle visée**

L'ensemble des aînés de 65 ans et plus.

#### **État de situation**

À ce jour, nous comptons 2 000 participants, 19 clubs de marche et 78 groupes *Viactive*.

#### **Mesure 9**

##### **Que la direction de santé publique**

Soutenir la promotion et la consolidation des clubs de marche et des regroupements *Viactive* dans tous les territoires de la région des Laurentides (7 CSSS);

Offrir la formation *Viactive* aux leaders bénévoles *Viactive* de tous les territoires de la région des Laurentides (7 CSSS).

<sup>10</sup> Source : Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Institut National de Santé Publique du Québec

<sup>11</sup> Les principales mesures multifactorielles visées touchent l'état de santé et la capacité physique (ex. l'équilibre et la force musculaire), les comportements (ex. : consommation de médicaments et la prise de risque) et l'environnement notamment l'environnement domiciliaire, mais également le milieu extérieur.

## Rôles et responsabilités attendus des acteurs

### DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE :

Soutenir la conseillère régionale *V active* dans ses activités.

### **Autres collaborateurs pouvant être impliqués**

- Organismes communautaires;
- Milieux municipaux;
- Résidences privées.

## **9.6.2 Activités de prévention : Programme de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile - 3 volets**

### **1. INTERVENTIONS MULTIFACTORIELLES NON PERSONNALISÉES (P.I.E.D.)<sup>12</sup> :**

Activités de groupe comprenant des exercices axés sur l'équilibre et la mobilité, auxquelles se greffent des capsules de discussion sur les risques environnementaux et comportementaux.

### **2. PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES :**

Interventions s'adressant aux médecins pour les inciter, dans le cadre de la consultation médicale de leurs patients aînés, à dépister les chutes, les troubles d'équilibre et de mobilité et, le cas échéant, à faire l'évaluation des facteurs de risque de chutes et à proposer les actions appropriées.

### **3. INTERVENTIONS MULTIFACTORIELLES PERSONNALISÉES :**

Interventions visant les aînés admissibles aux services de soins à domicile, et consistant à procéder au dépistage de cinq facteurs de risque de chute (troubles d'équilibre et de marche, malnutrition, utilisation inadéquate de médicaments, hypotension orthostatique, risques dans environnement domiciliaire) et à établir un plan d'intervention personnalisé en fonction des facteurs identifiés.

## **Objectif du programme**

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile par la réduction des facteurs de risque de chutes liés à l'individu, ses comportements et son environnement.

---

<sup>12</sup> P.I.E.D. : Programme intégré d'équilibre dynamique

### **Clientèle visée**

- Personnes de 65 ans et plus avec facteurs de risque de chute ayant en plus, selon le type d'intervention, une histoire de chute.
  - La population des aînés de 65 ans et plus de la région des Laurentides est de 59 045. On estime qu'environ le tiers des aînés est victime d'une chute chaque année, ce qui représente près de 17 714 chuteurs.
  - Les ententes administratives prévoient, quant au volet *interventions multifactorielles non personnalisées*, la réalisation de 43 groupes P.I.E.D. (à raison de 15 personnes/groupe) annuellement dans la région à partir de 2005-2006 afin d'offrir le programme P.I.E.D. à plus de 600 participants, soit 1 % des aînés.
  - Les objectifs pour le volet *interventions multifactorielles personnalisées*, proposés par le MSSS, ne sont pas définitifs, mais pourraient représenter jusqu'à 1% des aînés annuellement.

### **État de situation**

Le programme P.I.E.D. est présentement disponible dans tous les territoires de la région. Quant au programme intégral (3 volets), l'implantation progressive s'effectuera d'abord dans deux territoires « *pilotes* », soit le CSSS d'Argenteuil et le CSSS des Sommets.

#### **Mesure 10**

Selon les données probantes, les activités de prévention ciblant des facteurs de risque de chutes particuliers pourraient réduire du tiers le nombre de chutes :

##### **Que la direction de santé publique**

Encourage et soutienne les mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque;

Encourage et soutienne, auprès des cliniciens, l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chutes chez les personnes âgées à risque.

### **Rôles et responsabilités attendus des acteurs**

#### **Direction de santé publique :**

- assurer la coordination régionale des activités en prévention des chutes;
- offrir un accompagnement et une expertise aux répondants locaux responsables du dossier;

- soutenir l'implantation et la mise en œuvre des interventions en prévention des chutes;
- offrir de la formation et des activités de ressourcement aux intervenants;
- assurer le suivi et l'évaluation.

**CSSS :**

- désigner un répondant local responsable de la coordination du dossier;
- assurer l'implantation et la mise en œuvre des interventions en prévention des chutes;
- contribuer à la formation;
- collaborer au suivi et à l'évaluation.

**Autres collaborateurs pouvant être impliqués**

- Médecins (CSSS, GMF, cliniques médicales);
- Pharmaciens;
- Organismes communautaires;
- Résidences privées;
- Municipalité.

## **10. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**

Les services préhospitaliers d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps sur le territoire des Laurentides. Pour ce faire, les ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité en tenant compte des particularités de chacun des sept réseaux locaux.

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le service doit avoir comme objectif de fonctionnement une réduction maximale de son temps-réponse pour les cas qui requièrent une attention immédiate. Nous savons très bien que la survie des traumatisés majeurs est étroitement liée à la compression des délais. Les services préhospitaliers sont un maillon crucial à la réussite de cet objectif.

Ainsi, les actions prises en fonction des demandes doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles et aux normes en vigueur et maximiser les chances de survie des victimes de traumatismes majeurs.

Le système doit permettre l'orientation primaire optimale des victimes vers l'établissement receveur le plus approprié sur le territoire et, si nécessaire, vers le centre tertiaire desservant les Laurentides, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. De plus, le système doit répondre en temps prescrit aux demandes de transferts interétablissements, STAT ou urgentes.

De plus, le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux en partenariat avec le réseau sociosanitaire.

Pour ce qui est de l'intégration des services préhospitaliers d'urgence dans le programme régional de traumatologie, nous identifions quatre secteurs névralgiques :

- le premier intervenant (témoin);
- le centre de communication santé en lien avec les centres de réponse 911;
- les premiers répondants;
- les techniciens ambulanciers.

### **10.1. LE PREMIER INTERVENANT (TÉMOIN)**

Le premier intervenant est le témoin de l'évènement ou le passant qui découvre la victime de traumatismes. Le premier intervenant joue deux rôles importants dans la survie du patient traumatisé : l'activation de la chaîne de survie et l'administration des premiers soins.

La demande d'aide initiale active la chaîne de survie. De plus, les quelques actions simples qui seront posées par le premier intervenant peuvent être déterminantes dans le pronostic éventuel de la victime. La formation des citoyens en réanimation et premiers soins est donc cruciale à ce niveau.

#### **Mesure 11**

##### **Que l'Agence**

Supporte les démarches de la Fondation « ACT » pour la dispensation des cours de réanimation dans les écoles des Laurentides.

#### **10.2 LE CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ EN LIEN AVEC LES CENTRES DE RÉPONSE 911**

Lorsque le premier intervenant appelle de l'aide, il signale le 911. L'appel est répondu par un des nombreux centres de réponse 911 qui sont indépendants et généralement sous l'égide des services de police.

Après la réception et l'évaluation de l'appel par le répartiteur du service 911, selon leur protocole de réponse, l'appel est éventuellement transféré au centre de communication santé Centre régional d'appels urgents Laurentides-Lanaudière (CRAULL) pour la majorité des appels du territoire des Laurentides.

Suite aux protocoles différents d'une centrale 911 à l'autre, des délais de transfert d'appels sont quelques fois occasionnés, surtout lors de cas d'accidents de la route, par l'affection des policiers seulement, et ce, pour aller évaluer la situation; l'appel aux services de santé est ensuite transféré à la centrale de coordination santé, avec délai.

#### **Mesure 12**

La SAAQ a développé un vidéo qui s'adresse aux policiers patrouilleurs pour les sensibiliser à cette problématique.

**L'Agence des Laurentides en collaboration avec la région de Lanaudière prévoit :**

Rencontrer les services de police des deux territoires à ce sujet (municipaux et Sûreté du Québec).

Le centre de communication santé doit, une fois l'appel reçu, le traiter et ensuite affecter les ressources nécessaires. Le traitement des appels médicaux se fait par le système médicalisé des priorisations des appels urgents (SMPAU). Pour ce faire, le répartiteur doit questionner l'appelant et ensuite classifier l'appel selon un système de codes.

Lorsque l'appel venait des policiers, l'ensemble des questions n'était pas posé et cette façon de faire a été identifiée comme problématique.

### **Mesure 13**

Après la rencontre avec les directeurs de police des régions de Laurentides-Lanaudière, la centrale CRAULL prévoit :

Appliquer le questionnaire intégral SMPAU, aux policiers ou aux répartiteurs des centres de réponse 911 qui feront appel aux services préhospitaliers.

La priorisation des appels ou le type de réponses données pour chacune des catégories relèvent de la direction médicale de la centrale. Un travail d'uniformisation des priorités des appels primaires a été fait en 2005 au niveau provincial. Le nouveau système de priorisation des appels primaires a été mis en place à la centrale CRAULL en août 2005.

### **Mesure 14**

#### **Que l'Agence**

Travaille en collaboration avec la direction des SPU du MSSS à améliorer la charge de travail des répartiteurs du centre de communication santé CRAULL pour assurer une réponse et la répartition des ressources préhospitalières de qualité.

### **Mesure 15**

#### **Que l'Agence**

Poursuive, en parallèle avec la mesure #14 et en collaboration avec l'Agence régionale de Lanaudière, la mise en place telle que demandée par le MSSS d'un centre de communication de santé birégional (Laurentides-Lanaudière).

### **10.3 LES PREMIERS RÉPONDANTS**

Les premiers répondants sont des intervenants santé formés pour intervenir dans les cas d'urgence majeurs, médicaux, obstétricaux et traumatiques. Ils font partie de la structure même des services préhospitaliers d'urgence, car ils sont affectés par la centrale de répartition CRAULL selon la procédure de priorisation du SMPAU discutée ci-haut.

L'affectation des premiers répondants, selon la priorisation provinciale, était en partie modulable. Le choix des affectations a été fait en collaboration avec la région de Lanaudière dans le contexte où nous nous dirigeons vers un centre de communication santé commun. Nous avons considéré les particularités de nos régions respectives pour faire ces choix. Les premiers répondants sont affectés sur tous les cas de traumatismes majeurs. Annexe 1 – Tableau des priorités.

Les premiers répondants jouent un rôle vital lors d'une intervention auprès d'un traumatisé majeur. De par leur proximité, les premiers répondants sont des intervenants généralement associés à leur municipalité, ils assurent une réponse rapide au chevet du traumatisé majeur.

Seulement cinq services de premiers répondants existent sur le territoire des Laurentides, soit :

- Wentworth-Nord;
- Saint-Rémi (Amherst, Vendée) ;
- Ferme-Neuve ;
- Morin-Heights;
- La Minerve.

#### **Mesure 16**

##### **Que l'Agence**

Favorise le développement de nouveaux services de premiers répondants et consolide les services déjà en fonction.

#### **Mesure 17**

Suite à l'évaluation des formulaires cliniques PR AS805, l'**Agence prévoit** :

Développer et dispenser gratuitement une journée annuelle de recertification à tous les premiers répondants, basée sur la révision et l'analyse des interventions de l'année précédente.

## **10.4 LES TECHNICIENS AMBULANCIERS**

### **10.4.1 La réponse ambulancière**

En l'absence de premiers répondants, le temps-réponse système dépend de la réponse ambulancière. La région des Laurentides comme plusieurs autres régions du Québec couvre un très grand territoire. Elle est aussi une région qui a connu une explosion démographique dans les dernières années. Des ressources ambulancières ont été ajoutées en nombre important depuis les dernières années. Malgré cela, les temps-réponses sur les appels urgents sont demeurés supérieurs à la cible espérée.

L'arrivée d'un centre de communication santé avec toute la technologie de pointe pourrait nous permettre d'être plus efficaces avec les ressources disponibles. (Mesure #15).

Dans certaines sous-régions et particulièrement à certains moments de la journée, les ressources étant minimales pour un vaste territoire, il serait nécessaire de développer, avec nos partenaires des entreprises ambulancières, un plan de contingence pour une situation de dépassement des ressources. Ceci pourrait particulièrement être utile en traumatologie pour les accidents à multiples blessés.

#### **Mesure 18**

##### **Que l'Agence**

Évalue la pertinence de la mise sur pied d'un plan de contingence pour le nord du territoire en période de fin de soirée et de nuit.

### **10.4.2 Le transport des victimes de traumatismes majeurs**

La compression des délais étant vitale pour la victime de traumatismes, le choix du centre hospitalier receveur est déterminant pour sa survie. La direction médicale du SPU Laurentides a développé, il y a plusieurs années, la procédure de transfert direct en traumatologie qui dicte les règles qui doivent être suivies dans le choix du centre hospitalier receveur. Cette procédure a été mise à jour de façon régulière en réaction aux différents changements dans le réseau régional de traumatologie. Les éléments à considérer par les techniciens ambulanciers sont : la gravité de l'état de la victime, le niveau de désignation en traumatologie du centre hospitalier receveur et la distance (en temps) à parcourir (Voir annexe 2 – Procédure de transfert direct et annexe 3 – Organigramme décisionnel de transport).

En plus de définir les règles de choix du centre receveur, la procédure dicte aussi quand un préavis doit être logé à la salle d'urgence du centre receveur et les éléments qui

doivent être transmis lors de ce préavis. Ceci est l'élément crucial d'une interface efficace entre le préhospitalier et l'hospitalier.

Récemment, nous avons considéré changer un élément de la prise de décision de cette procédure dans les cas d'impact à haute vitesse où l'indice préhospitalier en traumatologie (IPT) = 0; ceci en espérant être plus spécifique dans la clientèle transportée dans un centre de traumatologie plus éloigné. Nous avions espéré améliorer la disponibilité de nos ressources ambulancières sans mettre à risque les victimes de traumatismes. Nous avons donc analysé les statistiques du registre de traumatologie régional (tenu par les salles d'urgence de la région). Cette analyse nous a permis de constater que dans cette sous-catégorie de traumatisés majeurs, un grand nombre d'entre eux requièrent éventuellement des soins de niveau tertiaire. Cette option n'a donc pas été retenue. La procédure demeure donc inchangée à ce niveau.

#### **10.4.3 Les soins ambulanciers aux traumatisés majeurs**

La formation en traumatologie des techniciens ambulanciers dans la région a débuté par une formation de trois jours en Préhospitalier Trauma Life Support (PHTLS) qui a été suivie d'une formation de mise à jour en 2000, le Trauma 2000. En 2004, lors de la recertification annuelle, certains points de traumatologie ont été encore révisés.

Pour bâtir une prochaine formation de mise à jour en traumatologie, il serait important de faire un état de situation de la performance de nos techniciens ambulanciers car jusqu'à maintenant, les activités d'assurance qualité en traumatologie ont été ponctuelles.

La qualité en traumatologie étant étroitement liée à la compression des délais pour établir un programme d'assurance qualité efficace et crédible, il sera important d'être capable de croiser les données opérationnelles et cliniques.

#### **Mesure 19**

**Étant donné que la saisie de données des AS-803 et son croisement avec les données de la centrale CRAULL sont un élément nécessaire à la qualité de ce programme, l'Agence compte**

**Élaborer un programme d'assurance qualité SPU en traumatologie.**

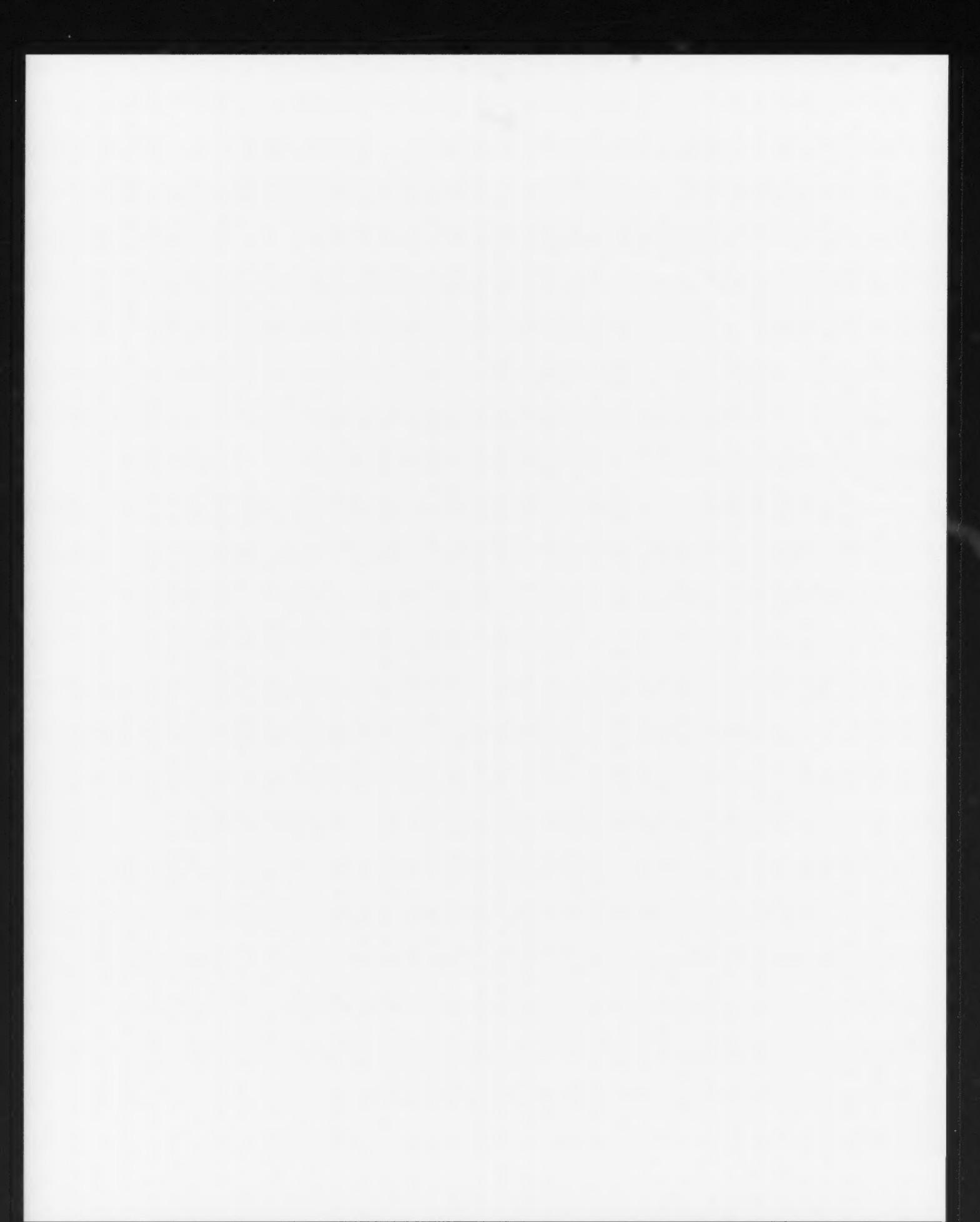
**Mesure 20**

Suite à l'analyse des données du programme d'assurance qualité 2006, l'Agence prévoit

Élaborer une formation de mise à jour en traumatologie pour les techniciens ambulanciers adaptée à la réalité des Laurentides.

Le rapport de la récente visite de la région par les experts du groupe ministériel en traumatologie note que les services préhospitaliers dans les Laurentides se comparent favorablement à ceux des autres régions de la province.

L'analyse de notre système doit se poursuivre afin de nous permettre de maintenir nos acquis et d'améliorer les éléments qui demeurent sous-optimaux.



## 11. SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE

### 11.1 MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE SERVICES LOCAUX

Dans un contexte de réorganisation des services de santé et de services sociaux, en décembre 2005, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi 83<sup>13</sup> qui modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de soutenir le nouveau mode d'organisation des services, mis en place par l'application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux<sup>14</sup>, sanctionnée en décembre 2003.

Ce projet prévoit entre autres, l'ajustement des responsabilités entre les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les autres établissements, les agences et le ministère.

À cet égard, les CSSS sont responsables, avec leurs partenaires du réseau local de services (RLS), de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'ils desservent.

Par conséquent, l'adoption de cette loi interpelle les dirigeants des CSSS à une démarche de réflexion élargie visant la transformation en profondeur de l'organisation des services et des ressources de cette nouvelle entité vers l'atteinte des objectifs ciblés d'accessibilité et de continuité des services de santé et de services sociaux.

Pour y parvenir, tel qu'indiqué au document «*L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique*» on mise sur «une meilleure intégration des services, à proximité des milieux de vie, sur l'accessibilité à une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanisme de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés)».

À l'instar d'une offre intégrée de service, deux orientations fondamentales impriment le changement en favorisant une perspective plus large et plus globale de la planification des services de santé : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Ainsi, ce contexte d'élaboration des projets cliniques constitue une opportunité afin de contribuer à la mise à jour des continuum de services intégrés en traumatologie et des ententes des services régionales et suprarégionales. Rappelons que ces ententes ont pour objectifs la prise en charge optimale des personnes traumatisées ou ayant un

<sup>13</sup> Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives

<sup>14</sup> Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives

risque potentiel et déterminer les rôles respectifs à l'égard de l'établissement receveur, référant et celui d'origine.

**Mesure 21**

**Que l'Agence**

Supporte les établissements dans la mise en place de services répondant aux besoins des personnes ayant subi un traumatisme.

## **11.2 LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

Les dernières visites de suivi du Groupe-conseil en traumatologie datent de janvier 2005 pour l'ensemble des centres de la région. Ces visites ont permis de confirmer le maintien inconditionnel de leur niveau spécifique et d'apporter quelques recommandations particulières pour chacun des CSSS.

**Mesure 22**

**Que l'Agence**

S'assure auprès des responsables de la traumatologie de chacun des CSSS du suivi des recommandations du Groupe-conseil.

**Que les centres désignés**

Complètent le registre des traumatismes de façon rigoureuse, le plus près possible de l'épisode de soins des individus concernés;

Utilisent les données qui y sont contenues à des fins d'analyse et de discussion au comité local de traumatologie en vue de l'amélioration continue des services offerts ;

Utilisent les feuilles de suivi à l'urgence afin de permettre l'utilisation optimale du Registre des traumatismes ;

Déposent et présentent au comité régional de traumatologie la stratégie que le comité local entend prendre dans le maintien du continuum de services en traumatologie à travers la transformation organisationnelle locale.

## **12. SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS**

Les services de réadaptation spécialisés sont offerts dans la région des Laurentides par le Centre de réadaptation en déficience physique le Bouclier.

Le CRDP Le Bouclier a pour mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration professionnelle et sociale, aux personnes de tous âges ayant une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle des régions Laurentides et Lanaudière.

Les services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration professionnelle et sociale consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie, sa famille et ses proches lui permettant de réaliser ses habitudes de vie de façon optimale. Ces activités visent à développer le plein potentiel de la personne et à réduire les conséquences de la déficience et des incapacités qui en découlent en agissant directement sur les caractéristiques de la personne et sur celles de son environnement physique, familial et social. Les services sont offerts aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes; ils sont spécialisés et modulés selon les besoins spécifiques de la personne et des résultats obtenus en termes de participation sociale.

Plus spécifiquement, dans le contexte du présent plan directeur régional, les personnes victimes de traumatismes qui reçoivent des services d'adaptation, réadaptation et intégration professionnelle et sociale du CRDP Le Bouclier sont celles qui ont un traumatisme crâniocérébral (TCC), qui sont atteintes d'une blessure médullaire et les personnes ayant une blessure orthopédique grave. Les personnes ayant des entorses cervicales et des blessures aux tissus mous sont également desservies par le programme de neurotraumatologie du CRDP Le Bouclier.

Les services sont offerts sur une base externe et sont réalisés par une équipe interdisciplinaire composée de professionnels des disciplines suivantes : physiothérapie, ergothérapie, psychologie, neuropsychologie, orthophonie, travail social, éducation spécialisée, sexologie, audiologie et médecine. Pour les clientèles ayant un TCC modéré ou sévère ou les personnes atteintes d'une blessure médullaire, les services de réadaptation externes du Bouclier s'inscrivent en continuité avec les consortiums de services qui seront décrits dans les prochains chapitres.

Les différents services de réadaptation offerts par le Bouclier doivent s'inscrire en continuité avec les services de première ligne offerts en centres de santé et de services sociaux.

L'Agence des Laurentides a produit en mars 2005, en collaboration avec tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, un document de soutien à l'élaboration des projets cliniques et organisationnels. Au sein du programme services déficience physique sont identifiés, entre autres, une nomenclature des services et activités précisant les principaux producteurs de services et les défis de la nouvelle organisation des services dont les CSSS auront à tenir compte dans la réalisation de leur projet clinique local. Les projets cliniques des CSSS des Laurentides sont en voie de réalisation lesquels devraient clarifier les zones de collaboration et la continuité des services aux personnes ayant une déficience physique.

L'organisation des services de RFI date de novembre 1995. Ces services sont actuellement répartis dans cinq CSSS de notre région, dont quatre centres hospitaliers et un centre d'hébergement de soins de longue durée, soit : CSSS de Saint-Jérôme, CSSS d'Argenteuil, CSSS des Sommets, CSSS d'Antoine-Labelle et CSSS de Thérèse-de Blainville.

Les données que nous recueillons à chaque année, en collaboration avec les producteurs de services, nous indiquent que des variations significatives sont identifiées soit en termes de durée de séjour, du nombre de jours sans mise en charge, ou encore du type de clientèle desservie, pour ne nommer que celles-là. Nos services de RFI accueillent des personnes ayant des incapacités temporaires et aussi celles dont les incapacités sont persistantes.

Il est devenu prioritaire de revoir l'organisation des services de RFI pour s'assurer que ces services soient orientés en fonction de leur raison d'être et que la programmation soit établie en tenant compte des meilleures pratiques dans ce secteur d'activité.

Le MSSS identifie la réadaptation fonctionnelle intensive selon deux programmes services : **déficience physique** pour la clientèle ayant des incapacités significatives et persistantes et **santé physique** pour les incapacités temporaires. Cette nouvelle classification guidera les réflexions régionales.

Soulignons que la région de Montréal revoit l'ensemble de la programmation et l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence sur son territoire.

Ainsi, des travaux sont entrepris sous le leadership de l'Agence de Montréal avec les Agences de Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, afin de produire un état de situation documenté sur notre production régionale ainsi qu'un plan d'action indiquant, d'ici 5 ans, nos projections pour le rapatriement de la clientèle des Laurentides consommant ses services de RFI et de convalescence à Montréal.

### Mesure 23

#### Que l'Agence en collaboration avec les parties concernées

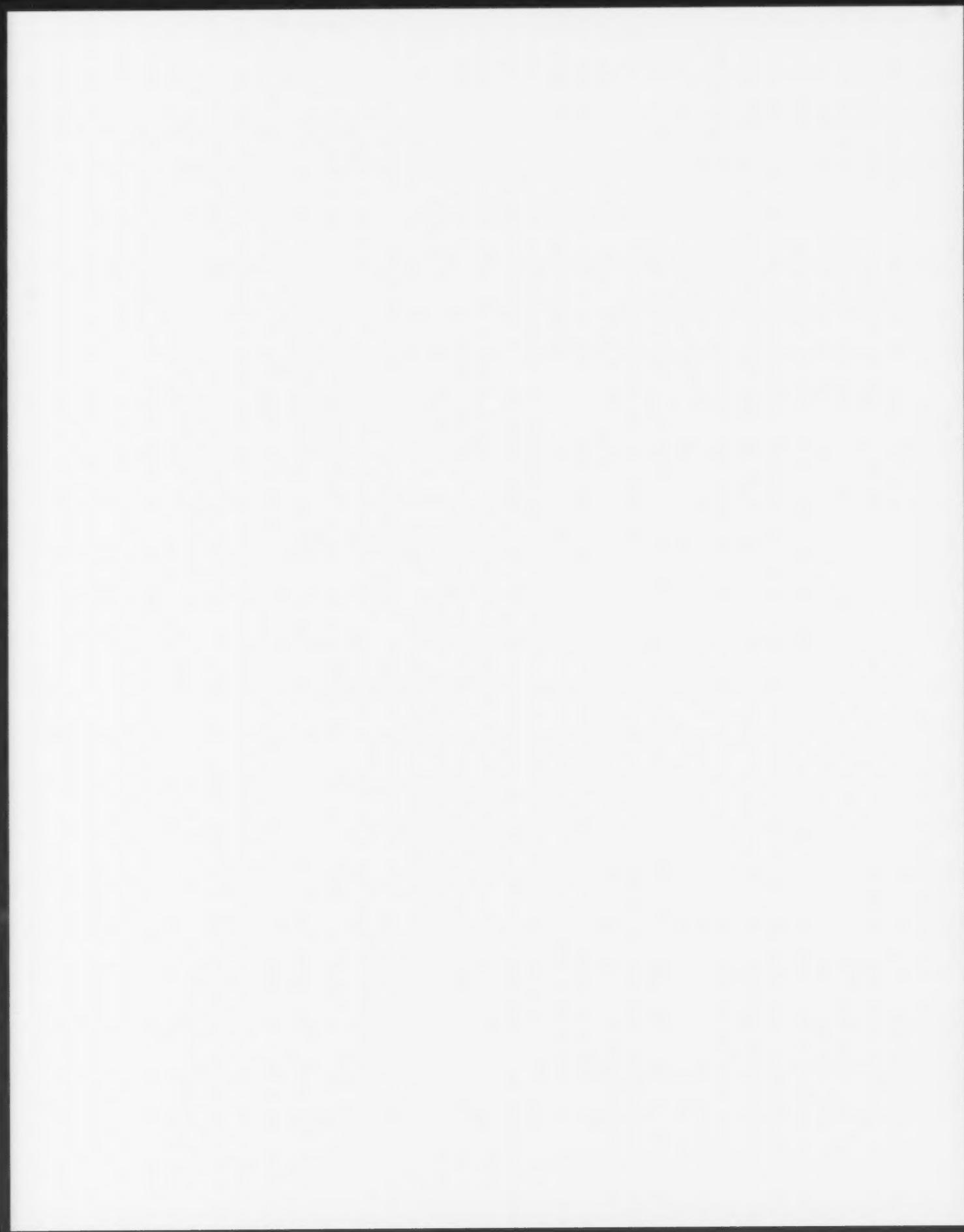
Révise et propose une organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) au CA de l'Agence en s'assurant que l'offre de service régionale réponde adéquatement aux besoins de la clientèle

Plus spécifiquement, l'Agence réalisera un plan d'action visant le rapatriement de la clientèle des Laurentides qui consomme les services de RFI à Montréal. Ce plan d'action s'échelonnera sur une période de 5 ans et touchera entre autres, la clientèle des blessures orthopédiques graves.

Tableau : 1

NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SERVICES DU CENTRE DE RÉADAPTATION  
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE LE BOUCLIER PAR DIAGNOSTIC, PAR GROUPE D'ÂGE  
PROGRAMME NEUROTRAUMATOLOGIE  
2004-2005

	Syndrome du bébé secoué	Blessures médullaires	Blessures orthopédiques graves	Entorses cervicales et blessures aux tissus mous	TCC			Total
					léger et mineur	modéré	sévère	
<b>0-5 ans</b>	5	--	1	--	4	2	1	13
<b>6-11 ans</b>	--	--	2	--	4	5	4	15
<b>12-17 ans</b>	--	3	3	--	12	7	6	31
<b>18 ans et +</b>	--	18	54	80	80	27	38	297
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>356</b>



### **13. SERVICES DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALES**

Les services dont il est question dans ce volet sont :

- Le soutien à domicile;
- Les services psychosociaux;
- Les services de réadaptation de 1re ligne et de 2e ligne;
- Les services d'adaptation du domicile.

Les fournisseurs de services en cause pour cette partie sont :

- Les CSSS (volet psychosocial et le soutien à domicile);
- Le CRDP Le Bouclier;
- Les organismes communautaires.

Les sept CSSS de la région des Laurentides, le CRDP le Bouclier et le Centre d'aide pour personnes traumatisées crâniennes et personnes handicapées des Laurentides (organisme communautaire) sont impliqués dans l'offre de service de soutien à l'intégration et à la participation sociale de la clientèle traumatisée. Les responsabilités de chaque partenaire ont été identifiées au sein du document de soutien pour l'élaboration des projets cliniques et organisationnels. Des clarifications sont nécessaires pour assurer une meilleure continuité des services et devraient faire l'objet des travaux visant la réalisation des projets cliniques locaux par chaque CSSS.

Des actions visant la continuité des services régionaux sont en cours sur notre territoire. Ces actions concernent les personnes atteintes d'une blessure médullaire ainsi que les TCC modérés et sévères dont un plan d'action est actualisé depuis janvier 2006. Des précisions seront apportées dans les chapitres suivants.



## **14. LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES**

Les clientèles desservies dans le cadre de continuum de services sont :

- Les blessées médullaires;
- Les personnes traumatisées crâniocérébrales;
- Les personnes victimes de brûlures graves.

### **14.1 LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE BLESSURE MÉDULLAIRE**

Depuis le début de l'année 2004, un comité de suivi a été formé avec les représentants du Centre d'expertise pour blessés médullaires de l'ouest du Québec, les sept CSSS des Laurentides, le CRDP Le Bouclier et l'Agence des Laurentides. Ce comité a pour objectif de s'assurer de la continuité des services entre les partenaires.

Les travaux 2005 du comité ont consisté en la réalisation de mécanismes de liaison précisant les liens de collaboration entre le Centre d'expertise pour l'ouest du Québec et les établissements régionaux en vue d'assurer la fluidité dans le cheminement des personnes d'un établissement à l'autre. Un protocole d'entente entre les établissements précisant leurs responsabilités respectives en regard de l'offre de service à cette clientèle sera présenté aux directeurs généraux des établissements concernés au printemps 2006. Précisons qu'une attention particulière a été portée aux personnes tétraplégiques ventilo-assistées afin d'identifier les services qu'elles requièrent lors d'un retour dans leur région de résidence.

Selon le cadre de référence du MSSS de mars 2001, sur l'assistance ventilatoire à domicile, la prise en charge de la clientèle ventilée à domicile revient automatiquement à la région d'origine de l'usager. Ainsi, afin de répondre à ce mandat, l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a proposé une organisation des services adaptée aux besoins particuliers de cette clientèle spécifique.

Ainsi, l'Agence de la santé et des services sociaux a prévu l'accessibilité de ces services sur tout le territoire des Laurentides en tenant compte des rôles qui lui sont dévolus, et ce, en lien avec sa réalité régionale, son profil géographique ainsi que ses ressources humaines et financières disponibles.

Une coordination régionale tant médicale qu'organisationnelle a été évidemment interpellée afin d'établir des liens de partenariat avec le Programme national en assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) du Centre universitaire de santé Mc Gill (CUSM) et les établissements du territoire des Laurentides pour assurer la prestation des services professionnels et sécuritaires adéquate aux clientèles ventilées à domicile.

et ainsi, maintenir un véritable continuum de services allant des services les plus surspécialisés offerts en milieu hospitalier, et ce, jusqu'au domicile de la personne.

Le centre hospitalier régional Hôtel-Dieu de St-Jérôme, répondant à tous les critères de désignation du cadre de référence, a reçu le mandat de centre satellite des Laurentides. Par ailleurs, il est le premier centre satellite au Québec.

L'ensemble des interventions inclut des activités individualisées pouvant aller de l'enseignement à la réinsertion sociale, permettant l'autonomie pour la personne tant sur le plan physique, psychologique, médical, social que financier. Ces interventions visent également l'autoprise en charge, par la personne et ses proches, de la situation de santé et de l'amélioration de la qualité de sa vie.

#### **Mesure 24**

##### **Que l'Agence en partenariat avec le comité interrégional**

S'assure que l'offre de service régionale répond adéquatement aux besoins de la clientèle et que les protocoles d'entente interrégional soient respectés.

## **14.2 LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉRAL**

La région des Laurentides est présente dans deux consortiums de service visant la clientèle ayant subi un traumatisme modéré ou sévère soit pour la clientèle adulte et enfant. Ces consortiums définissent les mécanismes de liaison entre les établissements, précisent les mandats spécifiques de chacun en fonction des services à offrir à la clientèle. Chaque région constituant le consortium a élaboré un plan d'action régional, lequel doit être réalisé en continuité avec la désignation du consortium.

#### **Mesure 25**

##### **L'Agence avec la collaboration des partenaires concernés**

S'assure d'une meilleure connaissance de la clientèle.

Évalue les mesures mises en place au plan régional permettant de soutenir la réalisation complète des consortiums interrégionaux.

#### **14.2.1 Les adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Le consortium de services pour cette clientèle a été désigné par le Groupe conseil du ministère de la Santé et des Services sociaux en février 2004. Rappelons que ce consortium de services touche cinq régions et huit établissements et regroupe les Agences de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière, de Laval, des Laurentides, de Montréal et les établissements : l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital général de Montréal, l'Institut de réadaptation de Montréal, le Centre de réadaptation Constance Lethbridge, le Centre de réadaptation Lucie Bruneau, l'Hôpital juif de réadaptation de Laval, le Centre de réadaptation la Maison, le Centre de réadaptation le Bouclier.

Les travaux de l'année 2004-2005 et la première moitié de l'année 2005-2006 ont été concentrés à réaliser les recommandations du Groupe-conseil touchant les éléments du tronc commun (concernant l'ensemble des partenaires interrégionaux).

Dès le début de l'année 2006, les partenaires de la région des Laurentides ont débuté des travaux visant à assurer la continuité régionale des services à cette clientèle. Le comité est formé de représentants des sept CSSS, du Centre de réadaptation le Bouclier, de l'Association régionale TCC et de l'Agence des Laurentides. Un plan d'action régional ayant été déposé lors de la désignation du consortium de l'ouest du Québec sert de canevas de travail.

#### **Mesure 26**

##### **L'Agence s'assure**

Que l'offre de service régionale répond adéquatement aux besoins de la clientèle et que les éléments du tronc commun du consortium interrégional sont respectés.

De l'application systématique des mesures prévues pour les personnes qui ont subi un TCC modéré ou grave, en amont du consortium.

De planifier et implanter les services régionaux requis, en aval du consortium interrégional.

#### **14.2.2 Les enfants ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère**

Le consortium de l'ouest pour cette clientèle a été désigné en février 2006. Il est constitué de sept régions et de sept établissements. Il regroupe les Agences de

Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie, Abitibi-Témiscamingue, Mauricie-Centre du Québec et les établissements : CHU Ste-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre Montérégien de réadaptation, Centre de réadaptation Marie-Enfant, Centre de réadaptation la Maison, Centre de réadaptation Le Bouclier, Centre de réadaptation InterVal.

Le Groupe-conseil est unanime à recommander la désignation du consortium en fonction de l'organisation des services de santé convenue entre les agences et les établissements de Montréal et des Laurentides.

L'Agence des Laurentides, à l'instar de chaque agence participant au consortium, a déposé dans ce contexte, un plan d'action régional sur 3 ans dont l'actualisation débutera au début de l'année 2007. Les travaux régionaux seront réalisés par le même comité de travail régional responsable de la mise en œuvre du plan d'action aux adultes ayant un TCC modéré ou sévère.

Nous pouvons voir au tableau 1 du chapitre 12 le nombre de personnes ayant reçu des services en 2004-2005 par le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, pour la région des Laurentides. Les clientèles présentées sont desservies dans le cadre du programme de neurotraumatologie du CRDP Le Bouclier.

#### **Mesure 27**

##### **L'Agence**

S'assure de l'accessibilité des services régionaux aux enfants ayant subi un TCC modéré ou sévère.

#### **Mesure 28**

##### **Que l'Agence en collaboration avec les partenaires impliqués,**

S'assure de l'amélioration des mécanismes de liaison et de communication.

S'assure d'une meilleure connaissance de la clientèle.

S'assure de l'amélioration de l'offre de soin et de service pour les enfants et adolescents ayant une problématique particulière.

### **14.2.3 Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger**

Conscient et préoccupé de l'organisation de services à mettre en place pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL), le MSSS a publié un document s'inscrivant dans une définition d'offre de service aux personnes victimes d'un TCCL. Ainsi, cette publication ministérielle vise à favoriser l'implantation de ces orientations par les différents partenaires du réseau afin d'améliorer l'accessibilité des services à cette clientèle.

Par conséquent, des travaux sont entrepris sous le leadership de l'Agence des Laurentides en collaboration avec les partenaires impliqués afin de mettre en œuvre une organisation de services pour le TCCL selon les orientations du MSSS, et ce, à partir de janvier 2006.

## **14.4 LES PERSONNES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES**

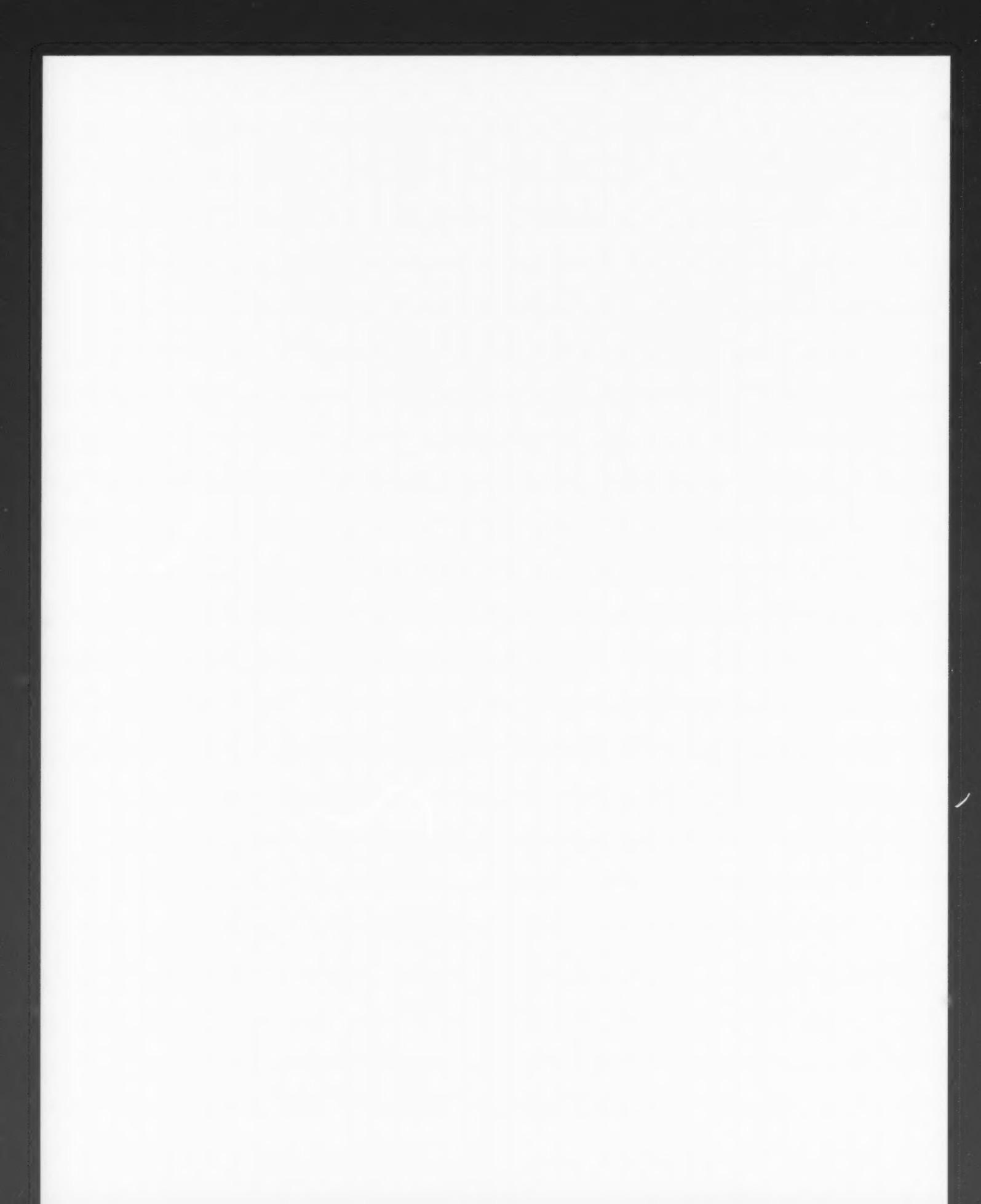
Pour la clientèle victime de brûlures graves, le MSSS a procédé à la création de deux centres d'expertise visant à améliorer le continuum de services en traumatologie pour celle-ci, plus particulièrement en ce qui a trait aux services ultraspecialisés requis.

Le centre d'expertise de l'Ouest du Québec est composé de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de l'Hôpital de réadaptation Villa Médica.

### **Mesure 29**

#### **L'Agence s'assure**

D'optimiser le corridor de services tant pour le transfert que pour le retour des personnes victimes de brûlures graves en s'associant le Centre d'expertise dans l'élaboration d'un protocole d'entente.



## **15. CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE**

En continuité avec la mise en place de différents consortiums et de protocoles de transfert interrégionaux, un processus interrégional de services intégrés en traumatologie doit être mis en place.

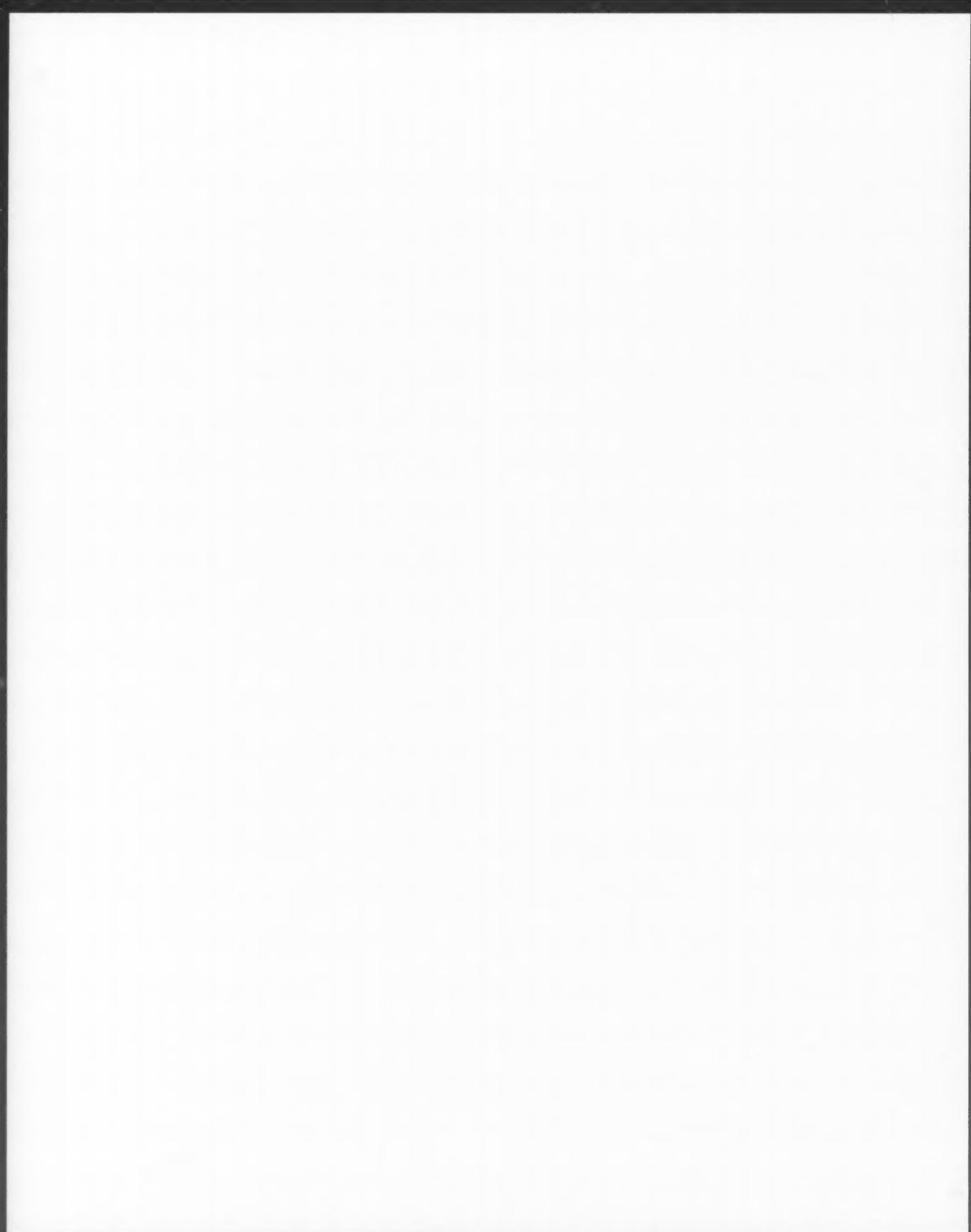
Ce processus devra permettre :

- à tous les établissements et organismes de la région concernés par le service en traumatologie de s'approprier le continuum de services;
- de définir et de mettre en place les composantes cliniques, organisationnelles et administratives d'un continuum intrarégional et interrégional;
- de mettre en place un cadre formel de collaboration pour l'implantation, le suivi et l'évaluation du continuum intrarégional et interrégional.

### **Mesure 30**

#### **Que l'Agence**

Assure le leadership, en collaboration avec le comité régional, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intrarégional d'implantation d'un continuum de services intégrés en traumatologie, en définissant clairement le mandat et en supportant le porteur de ce dossier régional.



## **16. FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES**

Le réseau intégré de traumatologie des Laurentides doit être supporté par des assises solides d'un personnel compétent.

La formation des ressources humaines et le maintien des compétences sont à la base d'une intervention de qualité. Le but de la formation et du maintien des compétences des ressources est de :

- rendre la personne compétente dans l'exercice de ses fonctions;
- favoriser l'intégration de la personne à la vie professionnelle;
- favoriser l'acquisition des connaissances spécialisées;
- permettre à la personne de développer son autonomie, de développer son sens de l'initiative, sa capacité d'adaptation, son sens critique et son sens des responsabilités.

### **Mesure 31**

#### **Que l'Agence coordonne**

La mise sur pied d'un groupe de travail, afin d'évaluer la pertinence de créer un centre régional de formation pour l'ensemble des intervenants de la chaîne de traumatologie afin qu'une recommandation soit soumise au comité régional de traumatologie.



## **CONCLUSION**

Les assises d'un système intégré de traumatologie dans notre région sont bien présentes. Les actions du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires s'inscrivent dans un changement de paradigme axé davantage sur les besoins de la population, la qualité des services, une imputabilité accrue des instances et des intervenants, ainsi que l'atteinte de résultats.

La transformation de l'architecture du système de santé et de services sociaux au Québec implique un encadrement renouvelé, une structure organisationnelle clairement définie et des systèmes d'information appropriés. Le dernier élément est d'autant plus important qu'il constitue une limite à noter dans une démarche d'obtention de données fiables aux fins d'analyse.

Ce plan régional de traumatologie s'appuie sur une vision d'ensemble et sur une série de mesures structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population victime de traumatismes. Il s'appuie également sur un partenariat engagé et intéressé par ses divers intervenants.



## MESURES ET REDDITION DE COMPTES

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>MÉCANISMES DE CONCERTATION</b>				
<b>1</b>	Nommer un répondant qui siégera sur le comité provincial, régional et les différents comités locaux de traumatologie	Nomination du répondant	L'Agence	2006
<b>2</b>	Maintenir le comité régional en opération  Nommer les représentants nécessaires aux mandats qui lui sont dévolus selon le cadre directeur régional en vigueur	Nomination des nouveaux membres du comité régional	L'Agence en collaboration avec les instances concernées	2006 et en continu
<b>3</b>	Maintenir le comité de traumatologie local en opération en fonction des secteurs de représentativité	Nomination des membres des comités locaux	Les centres désignés	2006
<b>4</b>	Faire parvenir au responsable du programme régional de traumatologie, les procès-verbaux des réunions du comité local  Maintenir minimalement 4 rencontres/année des comités locaux	Réception de 4 comptes rendus par année  Le nombre de comptes rendus par année	Le comité local de chacun des centres désignés  Le comité local de chacun des centres désignés	En continu
<b>SERVICES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION</b>				
<b>5</b>	Développer avec les intervenants de première ligne, une approche plus globale et soutenue de promotion de l'utilisation adéquate des sièges d'auto pour enfant de la grossesse au port de la ceinture de sécurité  Offrir des sessions de formation aux intervenants des CSSS et	Adaptation du programme provincial aux besoins régionaux  Nombre de formations offertes	La direction de santé publique	A partir de 2006 et en continu par la suite selon les besoins régionaux  2007

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	<p>organismes communautaires famille sur les autres dispositifs de sécurité ( casque à vélo, ceinture de sécurité, appui-tête).</p> <p>Réactiver les liens avec les municipalités et associations sportives pour la promotion conjointe du casque à vélo.</p>	Nombre de municipalités ou associations sportives contactées		2007
6	<p>Établir des liens au palier local avec les équipes «Combinaison prévention des CSSS » pour le volet municipal du programme « 0-5-30 Combinaison Prévention ».</p> <p>Soutenir les municipalités pour la mise en place de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections aux abords des écoles et des parcs.</p> <p>Apporter une contribution à la révision des schémas d'aménagement des MRC sur l'aspect de la sécurité du réseau routier municipal</p>	<p>Nombre d'équipes contactées</p> <p>Nombre de municipalités impliquées dans une démarche avec la santé publique</p>	<p>La direction de santé publique</p>	<p>Début de mobilisation en 2006 et en continu par la suite</p> <p>Selon le dépôt des schémas d'aménagement</p>
7	<p>Poursuivre la distribution de la trousse de prévention des blessures chez les enfants dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les clientèles vulnérables</p> <p>Mise à jour des connaissances et harmonisation des pratiques des intervenants oeuvrant auprès des familles</p>	Nombre de trousse distribuées par année	La direction de santé publique	En continu
8	Sensibiliser les municipalités, commissions scolaires, CPE du			

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	<p>territoire à la problématique des blessures dans les aires de jeu et offrir de nouvelles formations afin qu'ils soient en mesure d'appliquer la norme volontaire CAN/CSA-614-98</p> <p>Collaborer avec les associations sportives et les centres de ski alpin pour la promotion du port d'équipement protecteur normalisé dans les sports de glisse (casque, protège-poignet) ainsi que le respect du code de conduite en montagne et à ski de fond</p>	<p>Nombre d'organisations contactées</p> <p>Nombre de formations données</p> <p>Nombre d'événements auxquels la santé publique a participé</p>	<p>La direction de santé publique</p>	<p>Début de mobilisation en 2007</p>
<b>9</b>	<p>Promotion, soutien et consolidation des Clubs de marche et des regroupements <i>Viaactive</i> dans tous les territoires de la région des Laurentides (7 CSSS)</p> <p>Formation de leaders bénévoles <i>Viaactive</i> dans tous les territoires de la région des Laurentides (7 CSSS)</p>	<p>Plusieurs indicateurs de suivi tels que définis dans la convention d'objectifs et de résultats attendus (CORA) de Kino-Québec tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nombre de groupes <i>Viaactive</i> et de Clubs de marche</li> <li><input type="checkbox"/> Nombre de participants aînés, etc.</li> </ul>	<p>La direction de santé publique en collaboration avec les CSSS</p>	<p>En continu</p>
<b>10</b>	<p>Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque</p> <p>Promotion et soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chutes chez les personnes âgées à risque</p>	<p>Nombre de groupes P.I.E.D. par CSSS</p> <p>Nombre de personnes âgées inscrites au SAD ayant bénéficié de l'intervention multifactorielle personnalisée</p>	<p>La direction de santé publique en collaboration avec les CSSS</p>	<p>Implantation P.I.E.D. en 2005-2006 puis en continu.</p> <p>Implantation par étapes du programme intégral (projet pilote) dans deux territoires de CSSS en 2005-2006, puis à l'ensemble de la région d'ici 2008</p>

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE</b>				
<b>11</b>	Supporter les démarches de la Fondation « ACT » pour la dispensation des cours de réanimation dans les écoles des Laurentides	Mise en place du programme  Nombre de classes rejoindes	La fondation « ACT »  Les écoles des Laurentides	2006  En continu
<b>12</b>	Sensibiliser les directeurs des services de police des Laurentides et de Lanaudière afin d'améliorer le processus de réponse des différents protocoles des centrales 911	Nombre de services de police rejoints	Les Agences des Laurentides et de Lanaudière	2006-2008
<b>13</b>	Appliquer le questionnaire intégral SMPAU, aux policiers ou répartiteurs des centres de réponse 911 qui feront appel aux services préhospitaliers	Application du questionnaire SMPAU à tous les services de police	L'Agence en collaboration avec les partenaires impliqués	2006-2007
<b>14</b>	Travailler en collaboration avec la direction des SPU du MSSS à améliorer la charge de travail des répartiteurs du centre de communication santé CRAULL pour assurer une réponse et répartition des ressources préhospitalières de qualité	Uniformisation et standardisation des priorités des appels	L'Agence et la direction des SPU du MSSS	2007-2008
<b>15</b>	Poursuivre, en parallèle avec la mesure #14 et en collaboration avec l'Agence régionale de Lanaudière, la mise en place telle que demandée par le MSSS d'un centre de communication de santé birégional (Laurentides-Lanaudière).	La mise en place d'un centre de communication Laurentides-Lanaudière	Les Agences des Laurentides et de Lanaudière	2007-2008

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>16</b>	Continuer à favoriser le développement de nouveaux services de premiers répondants et de continuer à supporter les services déjà en fonction	Le nombre de premiers répondants formés	L'Agence des Laurentides	2006 et en continu
<b>17</b>	Développer et dispenser gratuitement une journée annuelle de recertification à tous les premiers répondants, basée sur la révision et l'analyse des interventions de l'année précédente	Offrir une journée de formation de recertification 1 fois /année	L'Agence des Laurentides	2006
<b>18</b>	Évaluer la pertinence de la mise sur pied d'un plan de contingence pour le nord du territoire en période de fin de soirée et de nuit	Le rapport d'évaluation	L'Agence des Laurentides	2007
<b>19</b>	Élaborer un programme d'assurance qualité SPU en traumatologie	Mise en place d'un programme d'assurance qualité pour le SPU	L'Agence des Laurentides	2007
<b>20</b>	Élaborer une formation de mise à jour en traumatologie pour les techniciens ambulanciers adaptée à la réalité des Laurentides	Offrir une formation de mise à jour	L'Agence des Laurentides en collaboration avec les compagnies de transports ambulanciers des Laurentides	2008
<b>SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE</b>				
<b>21</b>	Supporter les établissements dans la mise en place de services répondant aux besoins des personnes ayant subi un traumatisme	Travaux du comité régional	L'Agence	En continu

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
22	S'assurer auprès des centres désignés du suivi des recommandations du Groupe-conseil  Maintenir le continuum de services en traumatologie à travers la transformation organisationnelle locale	Mise en place de la mesure recommandée  Le registre de traumatologie. L'évaluation de la qualité, l'accessibilité des services du continuum de traumatologie	L'Agence  Les CSSS, les comités locaux de traumatologie, les deux sous-comités : ✓ formation continue ✓ qualité des soins et services	En continu  En continu
<b>SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS</b>				
23	Réviser et proposer une organisation des services de RFI en s'assurant que l'offre de service régionale répond adéquatement aux besoins de la clientèle  Réaliser un plan d'action visant le rapatriement de la clientèle des Laurentides qui s'échelonnera sur une période de 5 ans	Recommandation au CA de l'Agence  Le plan d'action	L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail  L'Agence en collaboration avec le comité Montréal et régions du 450	Mars 2007  Juin 2006
<b>CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES</b>				
<b>Blessure médullaire</b>				
24	S'assurer que l'offre de service régionale réponde adéquatement aux besoins de la clientèle et que le protocole d'entente interrégional soit respecté	Révision de l'offre de service régionale Signature du protocole d'entente interrégional	L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail	2006 et en continu
<b>Adulte et enfant TCC modéré et sévère</b>				
25	S'assurer que l'offre de service régionale réponde adéquatement aux besoins de la clientèle et que les éléments des troncs communs des consortiums interrégionaux soient respectés	Mise en place des services selon les orientations prévues	L'Agence en collaboration avec les sous-comités de travail et les consortiums interrégionaux	

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Assurer le financement requis au CRDP Le Bouclier en fonction de sa désignation ministérielle, de façon à ce que les services de réadaptation à l'externe soient offerts à toute la clientèle adulte ayant un TCC qu'elle soit assurée ou non en vertu d'un programme d'assurance publique</li> <li>□ Assurer le financement approprié du centre d'aide pour personnes TCC et handicapées physiques des Laurentides (CAPTCCHPL) afin qu'il soit en mesure de recevoir la clientèle non couverte par un programme d'assurance publique</li> <li>□ Assurer la participation de l'Agence des Laurentides au comité de coordination Montréal-Laval-Laurentides-Lanaudière</li> </ul> <p>S'assurer d'une meilleure connaissance de la clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Préciser et valider les données clinico-administratives entre les établissements</li> </ul> <p>Définir les mécanismes d'accès au dossier médical en tenant compte de la confidentialité</p> <p>Évaluer les mesures mises en place aux deux plans régionaux permettant de soutenir la réalisation complète des consortiums interrégionaux</p>	<p>Allocations budgétaires régionales récurrentes en déficience physique</p> <p>Allocations budgétaires régionales récurrentes en déficience physique</p> <p>Présence d'un représentant de l'Agence aux rencontres du comité de coordination</p> <p>Uniformiser l'intégration de cette clientèle au registre de traumatologie</p> <p>Standardiser les mécanismes d'accès</p> <p>Le rapport d'évaluation</p>	<p>L'Agence</p> <p>L'Agence</p> <p>L'Agence</p> <p>L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie</p> <p>L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie</p> <p>L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie</p>	<p>Réalisé en 2004-2005 par un financement récurrent</p> <p>Financement rehaussé sur une période de 5 ans</p> <p>2006 et en continu</p> <p>Automne 2007</p> <p>2008</p> <p>2006 et en continu</p>

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>Adulte TCC modéré et sévère</b>				
26	<p><b>En amont du consortium interrégional :</b> Assurer l'application systématique des mesures prévues pour les personnes qui ont subi un TCC modéré ou grave</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que les mécanismes de liaison sont fonctionnels entre les services préhospitaliers, les CH de la région des Laurentides et le centre tertiaire désigné pour le Consortium de l'Ouest du Québec.</li> <li><input type="checkbox"/> S'assurer que tous les TCC modérés ou sévères des régions entrent par le CH tertiaire désigné du consortium en documentant les volumes d'usagers selon leur degré d'atteinte et leur trajectoire</li> </ul> <p>Consolider et harmoniser la gamme de services pour le suivi à long terme de la clientèle selon le groupe d'âge et le milieu de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Favoriser la prise en charge à long terme par des ressources médicales dans la région</li> <li><input type="checkbox"/> Formaliser le suivi long terme de la clientèle entre le CRDP et le milieu associatif</li> </ul>	<p>Rencontres avec les membres du comité traumatologie régional</p> <p>Identifier avec les CH des Laurentides, la connaissance et l'efficacité des mécanismes de liaison vers le CH Sacré-Cœur et le CR le Bouclier pour la clientèle des TCC modérés et graves</p> <p>Documenter les volumes d'usagers selon leur degré d'atteinte et leur trajectoire</p> <p>Augmenter l'accessibilité à un médecin de famille</p> <p>Mise en place d'une entente de services</p>	<p>L'Agence</p> <p>L'Agence</p> <p>L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie</p> <p>L'Agence en collaboration avec le DRMG</p> <p>L'Agence</p>	<p>En continu</p> <p>2005-2006</p> <p>2005-2006 et en continu</p> <p>2007 et en continu</p> <p>Automne 2009</p>

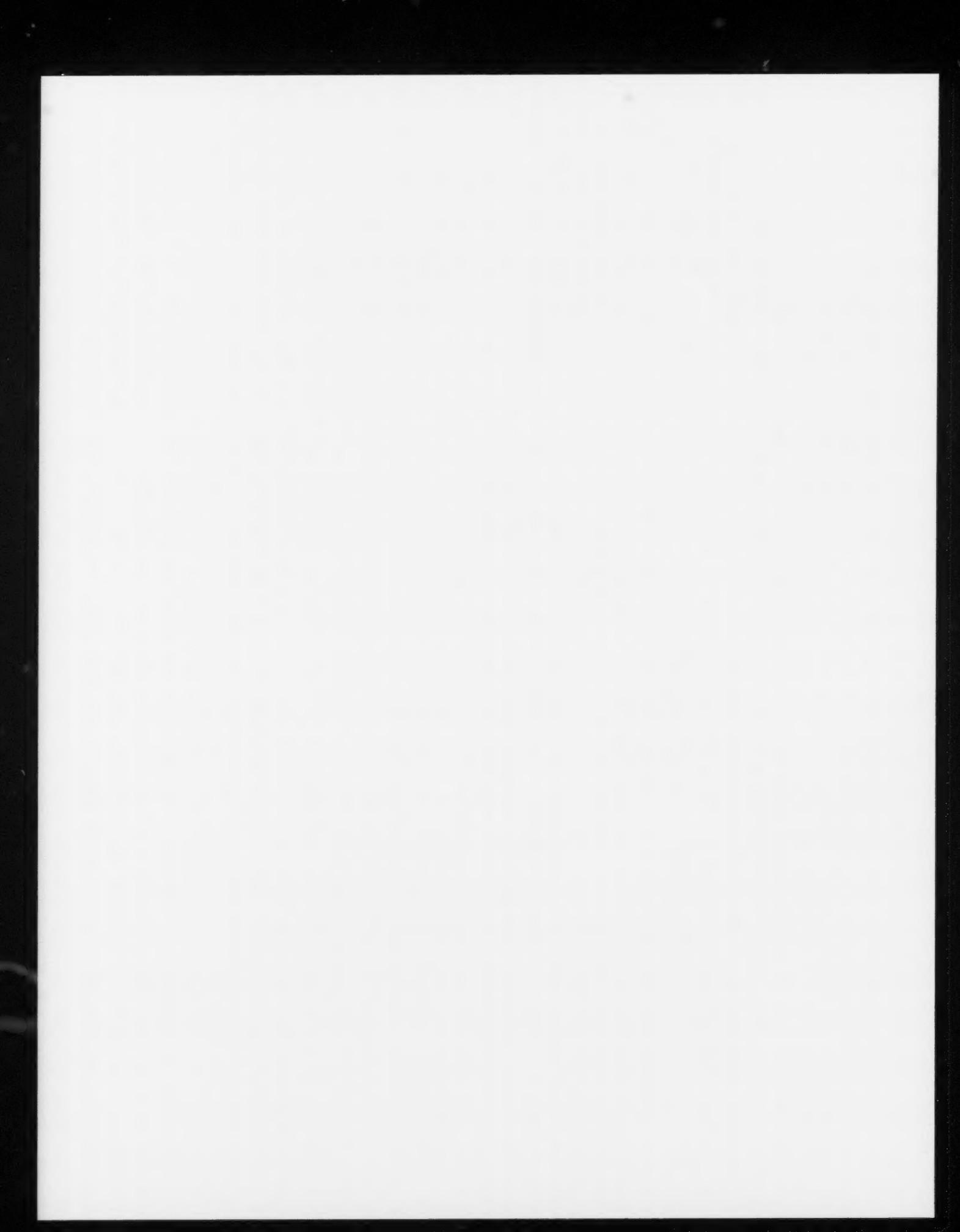
#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
27	<p><b>En aval du consortium interrégional : planifier et planter les services régionaux requis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Diffuser le document du « Consortium interrégional de services de l'Ouest du Québec pour les adultes ayant subi un traumatisme crâniocérébral » à tous les partenaires régionaux impliqués dans l'offre de service pour cette clientèle</li> <li>□ Assurer des liens continus avec le comité régional traumatologie. Former un comité de travail spécifique permanent pour travailler à l'application du plan d'action régional</li> <li>□ Identifier les services à offrir : en Centres de santé et services sociaux, services de première ligne et deuxième ligne, au CAPTCHPL, les ressources nécessaires pour y parvenir et les critères de référence à ces services</li> <li>□ Identifier et mettre en place les mécanismes de liaison à l'arrivée de la personne dans la région des Laurentides : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CR Le Bouclier vers le CSSS pour les services de soutien à domicile;</li> <li>• CR Le Bouclier vers le centre d'aide pour personnes</li> </ul> </li> </ul>	<p>Nombre de présentations effectuées, nombre de documents diffusés .</p> <p>Liste des éléments identifiés (irritants) liant les CH à l'offre de service aux TCC; Plan d'action déposé</p> <p>Comité formé et fonctionnel. Liste des participants</p> <p>Services, ressources et critères de référence identifiés; Mécanismes de liaison écrits et déposés aux établissements;</p>	<p>L'Agence</p> <p>L'Agence et le comité régional de traumatologie</p> <p>L'Agence</p> <p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p>	<p>2004 et en continu</p> <p>2005-2006 et en continu</p> <p>2006</p> <p>2006-2007</p>

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	<p>pour personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides pour le maintien dans le milieu;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du CSSS vers le centre d'aide pour personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides(CAPTC HPL) et Le Bouclier.</li> <li>□ Identifier les besoins en ressources résidentielles pour les personnes TCC de la région des Laurentides et créer des ressources pouvant les accueillir. Parmi ces personnes, identifier le nombre présentant des troubles de comportements significatifs nécessitant une ressource spécialisée et faire les liens avec les partenaires du consortium, s'il y a lieu</li> <li>□ Identifier les besoins de services spécialisés pour la clientèle de la région et assurer le lien avec les partenaires concernés par la problématique (services destinés aux personnes alcooliques et toxicomanes, services de santé mentale, services policiers et judiciaires).</li> </ul>	<p>Nombre de personnes TCC ayant besoin d'une ressource créée, le cas échéant;</p> <p>Nombre de TCC ayant des troubles de comportement ayant besoin d'une ressource résidentielle</p> <p>Rapport sur les besoins de services spécialisés pour cette clientèle</p>	<p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p> <p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p>	<p>2006-2008</p> <p>2006-2007</p>

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>Enfant TCC modéré et sévère</b>				
27	<p>Assurer l'accessibilité aux services régionaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Assurer l'accessibilité aux services psychosociaux, quelle que soit l'étape du processus de réadaptation</li> <li>□ Définir la collaboration et la complémentarité des services avec les CSSS, incluant les services du CH régional (CSSS Rivière-du-Nord).</li> <li>□ Assurer le retour dans la région des enfants en attente d'un hébergement, dès la fin du processus de réadaptation</li> <li>□ Définir la complémentarité des services entre le Centre jeunesse, le CRDP et les CSSS</li> <li>□ Identifier les besoins de services de maintien dans le milieu pour les enfants et leur famille et identifier les producteurs de services</li> </ul>	<p>Nombre de personnes ayant reçu des services psychosociaux</p> <p>Liens fonctionnels et ententes de services conclus</p> <p>Mise en place d'ententes de services</p> <p>Rapport sur les services offerts et complémentaires</p> <p>Rapport sur les besoins de services et les producteurs de services</p>	<p>L'Agence et les CSSS</p> <p>L'Agence, les CSSS en collaboration avec le sous-comité de travail</p> <p>L'Agence des Laurentides, L'Agence de Montréal en collaboration avec le consortium</p> <p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p> <p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p>	<p>Automne 2007</p> <p>Été 2007</p> <p>Automne 2007 D'ici cette date, les établissements de Montréal communiqueront avec le CRDP Le Bouclier afin d'identifier les solutions possibles, le cas échéant</p> <p>Hiver 2008</p> <p>Automne 2008</p>

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTES	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifier les besoins de ressources résidentielles pour les enfants qui ne peuvent retourner dans leur milieu familial</li> <li><input type="checkbox"/> Pour les enfants d'âge préscolaire orientés directement à domicile par le CH tertiaire et ne nécessitant pas de services de réadaptation, définir le type d'intervention préventive nécessaire à une intégration scolaire réussie</li> <li><input type="checkbox"/> Respecter les décisions ministérielles en lien avec les corridors de services des RUIS pour l'orientation de la clientèle pédiatrique vers les CH tertiaires</li> </ul> <p>Améliorer l'offre de soin et service pour les enfants et adolescents ayant une problématique particulière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Développer des services adaptés pour les enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement</li> </ul>	<p>Rapport sur les besoins des ressources résidentielles</p> <p>Rapport sur le type d'intervention nécessaire</p> <p>Officialiser les corridors de services avec les RUIS de Montréal</p> <p>Offrir les services adaptés pour les enfants et adolescents présentant des troubles graves du comportement</p>	<p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p> <p>L'Agence en collaboration avec le sous-comité de travail</p> <p>L'Agence</p> <p>Les CSSS et le CRDP Le Bouclier</p>	<p>Automne 2006</p> <p>Hiver 2007</p> <p>À définir selon les travaux entrepris par la direction des affaires hospitalières et médicales de l'Agence des Laurentides</p> <p>Hiver 2008</p>
28	<p>Améliorer les mécanismes de liaison et de communication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Développer et consolider les mécanismes de liaison entre le CR le Bouclier, les CSSS, le Centre jeunesse des Laurentides et le CH régional.</li> </ul>	Mis en place des ententes de services		Hiver 2008

#	MESURES	INDICATEURS SERVANT À LA REDDITION DE COMPTE	RESPONSABLE DE LA MESURE	ÉCHÉANCIER
<b>Brûlures graves</b>				
<b>29</b>	Optimiser le corridor de services tant pour le transfert que pour le retour des personnes victimes de brûlures graves en s'associant le Centre d'expertise dans l'élaboration d'un protocole d'entente	Mise en place du corridor de transfert	L'Agence et le Centre d'expertise	2006-2007
<b>CONTINUUM RÉGIONAL DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE</b>				
<b>30</b>	Assurer le leadership, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intrarégional d'implantation d'un continuum de services intégrés en traumatologie, en définissant clairement le mandat et en supportant le porteur de ce dossier régional	Mise en place des ententes de services	L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie	2008
<b>FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES</b>				
<b>31</b>	Mettre sur pied un groupe de travail, afin d'évaluer la pertinence de créer un centre régional de traumatologie afin qu'une recommandation soit soumise au comité régional de traumatologie de formation pour l'ensemble des intervenants de la chaîne	Mise sur pied du groupe de travail  Dépôt des recommandations	L'Agence en collaboration avec le comité régional de traumatologie	2007  2008



## RÉFÉRENCES

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. Direction régionale de la planification et de la programmation, Plan régional en traumatologie et cibles 2005-2008, 2005, 67 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. Plan régional en traumatologie, 2005, 41 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Programme régional en traumatologie, 1998, révisé 2003, 18 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, Organisation des services en assistance ventilatoire à domicile, 2002.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. Direction régionale de la santé publique, Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, 2004, 69 pages.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. Direction régionale de l'organisation des services, Élaboration des projets cliniques et organisationnels, Document de soutien, 2005.

AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. Direction générale, Rapport annuel de gestion 2004-2005, 2005, 137 pages.

GROUPE-CONSEIL EN TRAUMATOLOGIE. rapport d'évaluation des centres désignés région des Laurentides, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide pour la désignation des centres de traumatologie selon les niveaux de soins, Direction de la Coopération professionnelle, gouvernement du Québec, 1995, 33 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Les mécanismes de concertation en traumatologie, Direction de la Coopération professionnelle, gouvernement du Québec, 1996, 45 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan directeur régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Programme québécois de traumatologie, novembre 2004, 7 pages.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.** Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Programme de traumatologie. 2005, 133 pages

## **ANNEXE 1 – TABLEAU DES PRIORITÉS**

## **Plan directeur régional en traumatologie Cibles d'action 2005-2008 – Région des Laurentides**

## **ANNEXE 2 - PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS MAJEURS VERS LE CH APPROPRIÉ**

### **BUT DE LA PROCÉDURE :**

- ✓ **Diminuer la mortalité et la morbidité des traumatisés majeurs dans la région des Laurentides en dirigeant et transportant ces patients directement au CH receveur le plus approprié.**

### **DÉFINITIONS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PROCÉDURE :**

#### ***TRAUMATISÉ MAJEUR : (anciennement appelé traumatisé à risque)***

Victime de traumatismes dont :

- l'indice préhospitalier pour traumatisme (IPT)  $\geq 4$   
ou
- l'indice préhospitalier pour traumatisme (IPT) est entre 0 et 3 et qu'il y a évidence d'impact à haute vitesse

#### ***TRAUMATISÉ MINEUR :***

Victime de traumatismes dont :

- l'IPT est  $< 3$  **ET** qu'il ne s'agit pas d'un traumatisme à haute vitesse

**PRINCIPE DU « GOLDEN HOUR » :** Intervalle entre le moment de l'impact et l'arrivée du patient à des soins définitifs (ex : salle d'opération). Le taux de survie des patients chute de façon continue si cet intervalle s'allonge.

## CHOIX DU CH RECEVEUR

Le choix du centre hospitalier receveur doit se faire par le technicien ambulancier sur la scène avant de quitter vers le CH. L'IPT doit être calculé sur place pour pouvoir faire cette détermination.

### DÉTRESSE :

- Les patients en détresse selon l'IPT sont définis comme suit :
  - 5 non-cumulatif sur les catégories suivantes :
    - Pouls : < 51/min
    - TA : < 74 ou absence de pouls radial
    - Respiration : < 8 ou intubé
- Ces patients doivent être transportés au CH le plus près, qu'il fasse partie ou non du réseau de traumatologie.

### TRAUMATISÉS MINEURS :

- Ces patients doivent être transportés au CH le plus près ou selon les règles du service préhospitalier d'urgence, qu'il fasse partie ou non du réseau de traumatologie.

### TRAUMATISÉS MAJEURS

Ces patients doivent être transportés à un CH faisant partie du réseau de traumatologie en respectant les règles suivantes :

- Si un seul CH est situé à < de 30 minutes de transport, le transport s'effectue vers cet établissement ;
- Si plusieurs CH sont situés à < de 30 minutes de transport, le transport s'effectue au CH qui offre le plus haut niveau de soins ;
- Si deux (2) CH se situent à égale distance (mesuré en temps et non en km), le transport s'effectue vers le CH situé au sud.

## DÉSIGNATION DES NIVEAUX DE SOINS EN TRAUMATOLOGIE DES CENTRES HOSPITALIERS

### RÉGION DES LAURENTIDES ET LES ENVIRONS

#### LAURENTIDES :

- |      |   |                              |
|------|---|------------------------------|
| 1. A | CSSS d'Antoine-Labelle - Mont-Laurier   | Primaire                     |
| 1. B | CSSS d'Antoine-Labelle - L'Annonciation | Hors réseau de traumatologie |
| 2.   | CSSS des Sommets                        | Primaire                     |
| 3.   | CSSS de Saint-Jérôme                    | Secondaire                   |
| 4.   | CSSS d'Argenteuil                       | Hors réseau de traumatologie |
| 5.   | CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes          | Secondaire                   |

#### HORS-RÉGION :

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 6. | Hôpital Sacré-Cœur       | Tertiaire                                      |
| 7. | CH Général de Hawkesbury | <b>Hors province – centre de stabilisation</b> |

### NIVEAUX DE DÉSIGNATION (EN BREF)

- |    |                                  |  |
|----|----------------------------------|--|
| A. | Centre de stabilisation médicale | Salle d'urgence sans chirurgie / anesthésie  |
| B. | Primaire                         | Salle d'urgence avec chirurgie et anesthésie sur place dans les 30 minutes                       |
| C. | Secondaire                       | Salle d'urgence avec chirurgie, orthopédie et anesthésie sur place dans les 30 minutes           |
| D. | Tertiaire                        | Salle d'urgence avec toutes les spécialités qui touchent la traumatologie (ex. : neurochirurgie) |

## PROCÉDURE DE COMMUNICATION

- Le technicien ambulancier doit **obligatoirement** aviser le CH receveur quand il s'y dirige avec un traumatisé majeur ( $IPT \geq 4$  ou évidence d'impact à haute vitesse) ou en détresse (ACR, pouls < 51, T.A. sys. < 74 ou détresse respiratoire) ou qu'il se dirige vers l'Hôpital Sacré-Cœur.
- Le technicien ambulancier doit transmettre au CH **toutes** les informations suivantes :
  - Âge et sexe de la victime ;
  - Cinétique de l'accident (en bref) ;
  - **I.P.T.;**
  - Pouls, rythme respiratoire, T.A., état de conscience (A-V-P-U) ;
  - Présence de blessures pénétrantes centrales ou douleur abdominale ;
  - Heure prévue d'arrivée au CH

### **Selon les différents territoires, cette procédure se traduit comme suit :**

Pour les patients pris en charge dans les bassins de desserte des CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, CSSS de Saint-Jérôme et CSSS d'Argenteuil :

- les traumatisés mineurs ( $IPT$  de 0 à 3 et aucune évidence d'impact à haute vitesse) devront être transportés selon les procédures habituelles **incluant le CSSS d'Argenteuil et le CH Hawkesbury.**
- les traumatisés *en détresse* (ACR ou pouls < 51 ou T.A. sys < 74 ou détresse respiratoire) doivent toujours être transportés au CH le plus près **incluant le CSSS d'Argenteuil et le CH Hawkesbury**
- les traumatisés **majeurs** ( $IPT$  4 et plus ou évidence d'impact à haute vitesse) sans détresse pris en charge :
  - entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes devront être transportés au CH le plus près ;
  - entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS d'Argenteuil devront être transportés vers le CSSS de Saint-Jérôme ;
  - entre le CSSS d'Argenteuil et le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes devront être transportés vers le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes ;
  - entre le CSSS d'Argenteuil et le village de Grenville (intersection 148 et 344) vers le CSSS de Saint-Jérôme ;
  - dans le village de Grenville et au Nord ouest de Grenville et dont le transport les amènent à transiter par le village de Grenville (ceci exclut donc les patients pris en charge à l'ouest de Grenville qui transitent par la 327), devront être transportés vers CHG Hawkesbury.

**Selon les différents territoires, cette procédure se traduit comme suit (suite) :**

Pour les patients pris en charge dans les bassins de desserte du CSSS des Sommets et du CSSS d'Antoine-Labelle :

- les traumatisés mineurs (IPT de 0 à 3 et aucune évidence d'impact à haute vélocité) devront être transportés selon les procédures habituelles ;
- les traumatisés *en détresse* (ACR ou pouls < 51 ou T.A. sys < 74 ou détresse respiratoire) doivent toujours être transportés au CH le plus près, **incluant le centre de l'Annonciation du CSSS d'Antoine-Labelle** ;
- les traumatisés **majeurs** (IPT 4 et plus ou évidence d'impact à haute vélocité) sans détresse pris en charge :
  - entre le CSSS de Saint-Jérôme et le CSSS des Sommets devront être transportés au CSSS de Saint-Jérôme ;
  - entre le CSSS des Sommets et le centre de l'Annonciation du CSSS d'Antoine-Labelle vers le CSSS des Sommets;
  - entre le centre de l'Annonciation et le centre Mont-Laurier vers Mont-Laurier.

**Dans tous les cas de traumatisés majeurs, en détresse ou que le centre de destination soit l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, le centre hospitalier receveur doit être obligatoirement avisé.**

<b>Note :</b>	CSSS de Saint-Jérôme	=	Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	=	Centre hospitalier St-Eustache
	CSSS des Sommets	=	Centre hospitalier Laurentien
	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	=	Hôpital Sacré-Cœur

## **ORIENTATION DES TRAUMATISÉS À L'HÔPITAL SACRÉ-COEUR**

- Adulte avec I.P.T. $\geq$  4

**sans**

ACR, pouls < 51, T.A. sys. < 74 ou détresse respiratoire

**et**

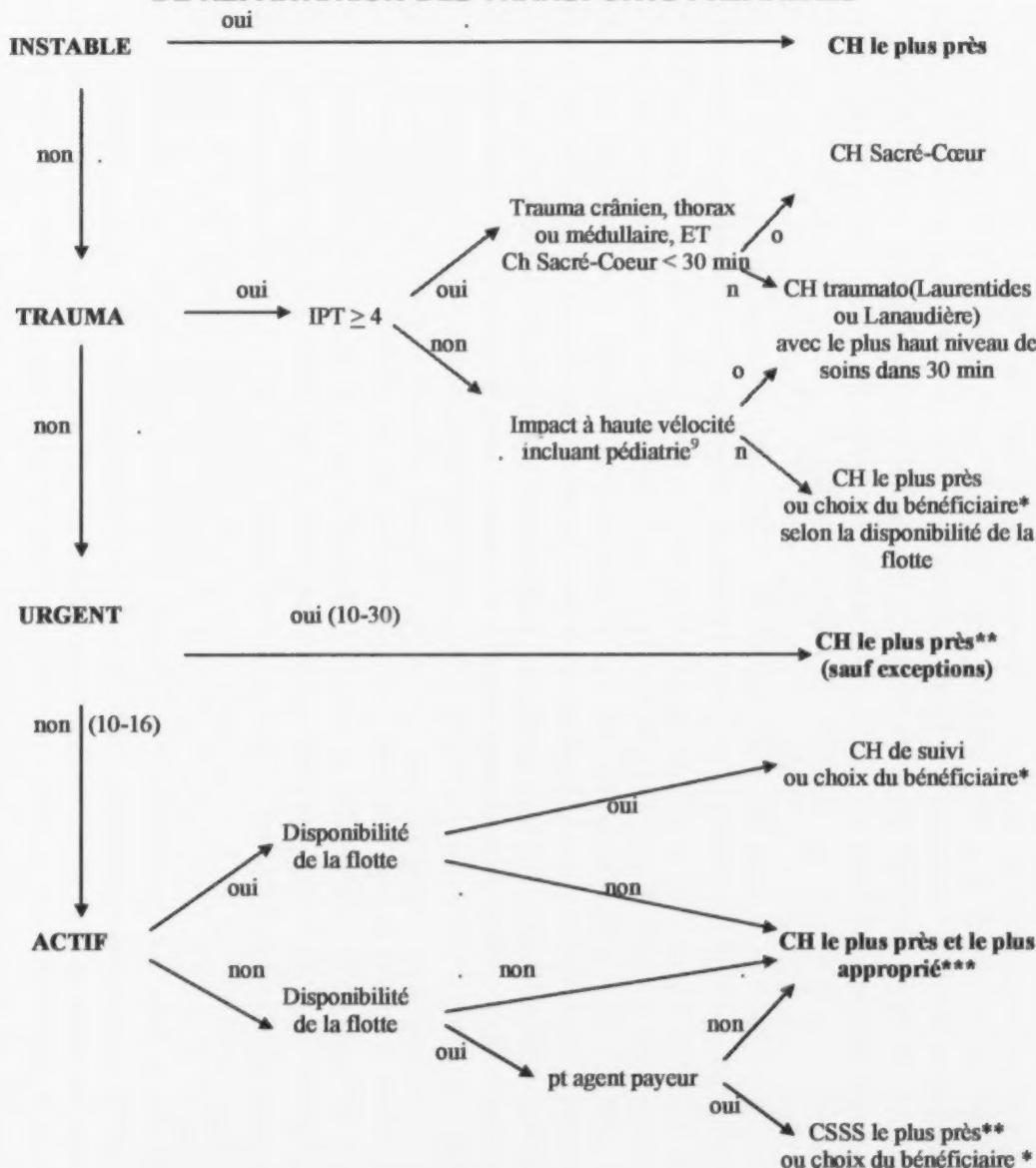
- Traumatisme crânien significatif (incl. inconscience)  
ou
- Traumatisme thoracique  
ou
- Traumatisme médullaire (paralysie)

**et**

- À moins de trente (30) minutes de transport

**Note :** Les victimes en ACR ou en détresse doivent toujours être transportées au CSSS le plus près.

### ANNEXE 3 – ORGANIGRAMME DÉCISIONNEL DE RÉPARTITION DES TRANSPORTS PRIMAIRES



- \* Sur les territoires de Laurentides, Lanaudière ou Montréal/Laval. S'il s'agit d'un transport autre qu'un trauma vers le CH Sacré-Coeur ou d'un patient en détresse, il faut demander une autorisation à Urgences santé avant de se diriger vers un CH de Montréal/Laval.
- Les termes **INSTABILITÉ** et **URGENT** réfèrent aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers.
- Tout transport primaire se doit d'être autorisé préalablement par le répartiteur.

**NOTES :**

0. \*\* Le concept du **CH le plus près** réfère au temps de transport.
1. \*\*\* Le concept du **CH le plus près et le plus approprié** réfère à la « Procédure de transport des bénéficiaires multirégionale » et est défini comme suit :

L'établissement le plus rapproché et approprié doit être déterminé à partir des critères suivants et ce, même si cet établissement n'est pas situé dans la même région administrative que la région de prise en charge. **Les critères suivants doivent être évalués de façon concomitante :**

- Nature et urgence de la pathologie versus vocation d'établissement ;
  - Lieu de prise en charge et distance à parcourir, en fonction de la disponibilité des ressources ambulancières au moment du transport ;
  - Antécédents pertinents, ce qui signifie que le patient est actuellement ou a été au cours des 12 derniers mois, admis à un centre hospitalier ou suivi par un médecin affilié à un centre hospitalier pour le même problème (ceci inclut les parturientes de plus de 20 semaines)=**ACTIF**
2. Tout médecin qui a évalué le bénéficiaire sur place et qui signera le AS803 se substitue ainsi à la décision clinique des techniciens ambulanciers (par les PICTA) et peut donc demander de diriger le patient vers un autre CH que celui prévu par l'organigramme ci-haut. Il incombe ensuite au répartiteur d'autoriser ou non le transport selon la disponibilité de la flotte.
  3. Exemples d'exceptions : refus absolu du patient, vocation de l'établissement receveur n'inclut point le type de traitement nécessité par le patient, etc.
  4. Transports hors-région Montréal : lorsque dans un cas **urgent** (pas de détresse), le CSSS d'Ahunstic et de Montréal-Nord (Fleury) ou Cité de la Santé est le CH le plus près, le transport ne sera autorisé que si le patient est **ACTIF** à ce CH ou demande d'être dirigé à ce CH  
**et**  
que la demande d'autorisation du transport a été faite par le TA au répartiteur sur le lieu de prise en charge  
**et**  
que cette autorisation a été accordée par Urgences Santé ou que le patient est attendu par une infirmière ou un médecin au CH receveur, attendu que le nom et les coordonnées de l'intervenant CH soient disponibles avant de procéder au dit transport.
  5. Tout transport pour déclaration de décès sera dirigé vers le CH le plus près.
  6. Lors de tout événement qui génère trois transports ou plus, le répartiteur tentera de distribuer les transports entre les différents CHSGS limitrophes.

7. Disponibilité de la flotte doit considérer les ressources disponibles au moment du transport dans la zone de la prise en charge et ses zones limitrophes.
8. Pour les patients transportés pour des problèmes de psychiatrie, ils doivent être transportés à leur CH d'appartenance, si possible. Pour les résidents du territoire du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes est considéré le CSSS d'appartenance même si hospitalisation récente au CSSS Saint-Jérôme.
9. Aucun transport primaire ne doit être effectué vers les centres tertiaires de pédiatrie de Montréal

Colette/SPU/Organigramme/Version 2005.